337

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean MARCHAL

Né à Valenciennes, le 5 avril 1879
Ancien Externe des Hôpitaux
Répétiteur de la Faculté à la Clinique Baudelocque

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYPERTROPHIE MAMMAIRE

AU COURS DE LA GESTATION

Président : M. PINARD, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	X.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVILLRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUGSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage d'affection filiale.

A MES AMIS

Témoignage de reconnaissance.

29281

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. PINARD

Professeur de clinique obstétricale et gynécologique
à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine

M. le professeur Pinard a bien voulu présider notre thèse. Nous l'en remercions vivement. Ses leçons cliniques, si pleines d'enseignements, et la ligne de conduite qu'il nous traça en personne et sans relâche, font que nous nous sentons prêts à affronter les difficultés de la pratique de jour en jour plus ardue. Qu'il nous permette, à la fin de nos études médicales, de lui adresser l'expression de notre respectueuse affection et de notre reconnaissance émue.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Hôpital des Enfants-Malades

M. LE PROFESSEUR LANNELONGUE

(In memoriam)

MONSIEUR LE DOCTEUR VILLEMIN

Chirurgien des Hôpitaux

(In memoriam)

Maison de Santé Dubois

M. LE DOCTEUR COURTOIS-SUFFIT

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR L. FOURNIER

Médecin des Hôpitaux

Hôpital Saint-Louis

MONSIEUR LE DOCTEUR A. GUINARD

Chirurgien des Hôpitaux

(*In memoriam*)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MORESTIN

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR BEURNIER

Chirurgien des Hôpitaux

Hôpital Cochin

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CLAUDE

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR RIBIERRE

Médecin des Hôpitaux

Hôpital maritime de Berck-Plage

MONSIEUR LE DOCTEUR J. CALVÉ

Assistant de Chirurgie

Clinique Baudelocque

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PINARD

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. BROCA

Chirurgien des Hôpitaux

M LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J.-L. FAURE

Chirurgien des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WALLICH

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COUVELAIRE

Accoucheur des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUCHOTTE

Ancien chef de clinique à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR CAZEAUX

Chef de laboratoire à la Faculté

(*In memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR R. LACASSE

Ancien chef de clinique à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR LE MASSON

Chef de clinique adjoint à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR POTTET

Chef de clinique à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR ED. LÉVY

Chef de clinique adjoint à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR LELIÈVRE

Chef de laboratoire à la Faculté

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYPERTROPHIE MAMMAIRE

au cours de la gestation

EXPOSÉ

Dans le cours de l'année 1909-1910, ayant eu l'occasion d'observer, à la clinique Baudelocque, un cas d'hypertrophie mammaire généralisée des deux seins, nous avons pensé en faire le sujet de notre thèse.

Reconnaissant envers notre maître, M. le professeur Pinard, qui a bien voulu nous aider dans nos recherches, en mettant à notre disposition les documents qu'il possédait, nous nous proposons d'étudier, non pas l'hypertrophie mammaire durant la vie sexuelle de la femme, mais simplement l'hypertrophie mammaire au cours de la gestation, laissant à d'autres plus aptes que nous, l'étude de l'hypertrophie mammaire au moment de la puberté et à l'époque de la ménopause.

Après un historique succinct de la question, nous

dirons ce qu'il faut entendre par hypertrophie mammaire ; puis relatant son étiologie et sa symptomatologie, nous exposerons davantage l'anatomie pathologique, qui a été étudiée surtout dans ces dix dernières années, l'évolution, le pronostic et le traitement de cette affection.

Bien que limité dans notre sujet, nous avons dû cependant ne pas négliger les observations publiées sur des cas d'hypertrophie mammaire en dehors de la gestation. Nous y avons tenu, tant pour confirmer ce qui a déjà été formulé que pour insister sur certains points insuffisamment mis en relief jusqu'à ce jour. C'est pourquoi, dans la bibliographie que nous nous sommes efforcé de faire aussi complète que possible, trouvera-t-on des citations ne se rapportant qu'indirectement à l'étude de l'hypertrophie mammaire au cours de la gestation.

Deux photographies, face et profil, ainsi qu'un tableau des mensurations prises par nous sur la malade qui nous a fourni notre observation personnelle, compléteront l'ensemble de ce modeste travail. On y trouvera également trois planches anatomo-pathologiques à l'appui des constatations que nous avons pu faire.

HISTORIQUE

L'hypertrophie mammaire était connue dans la seconde moitié du IIe siècle de notre ère, car on la trouve relatée dans le traité *De differentiis morborum* du grand ouvrage de Galien. Précédemment, la relation physiologique entre l'accroissement plus ou moins considérable du volume des seins et la gestation, avait été interprétée dans les écrits d'Hippocrate (460-370 av. J.-C.) et de Soranus d'Éphèse, le plus grand accoucheur de l'antiquié. Jusqu'au XVIe siècle, les auteurs s'occupent plus particulièrement de l'obstétricie et s'étendent peu sur la pathologie des seins. Ce n'est guère qu'à partir de 1550, qu'il est possible de trouver des observations relatives à des cas d'hypertrophie mammaire unilatérale et bilatérale chez la femme, telles que celles rapportées par Welzer (1591), Th. Bartholini (1616-1680), Schenkii (1609), Palmuthi (1648), Sennerti (1660), Romelius (1679), Boneti (1691).

Le XVIIIe siècle est plus fertile, avec les cas signalés par Schurïg (1729), Borelli (1) (1757), Van Swieten (1764), Schmalz (1784), Osiander (1794).

1. Borelli : observation I.

L'hypertrophie mammaire de dégage peu à peu. Elle fait partie des tumeurs du sein dans la classification des affections de cette glande.

Avec Malgaigne, Nelaton, Broca et grâce au développement de l'anatomie pathologique, le champ des connaissances s'agrandit.

Velpeau (1), qui en a vu trois cas, en fait une description clinique magistrale, pense « qu'il existe plusieurs sortes d'hypertrophie ». Il faut arriver à la thèse de Labarraque (1875) pour avoir une vue d'ensemble de la question, bien que cet auteur, comme l'a fait si judicieusement remarquer M. le professeur P. Delbet, « n'ait pas pris soin de distinguer les cas où l'affection a commencé pendant la grossesse de ceux où elle a commencé en dehors d'elle ». Aux 33 cas, réunis dans cette thèse, se sont ajoutés les faits plus récents de Benoît et Monteils, de Monod, de Klippel, de Billroth (2 cas), de Schüssler et Lihotzky. Deux autres thèses, celle de Romec, en 1881, et celle de Fernand Dubois, en 1895, n'envisagent l'hypertrophie mammaire qu'au cours de la gestation. Romec regrette de ne pouvoir donner un examen microscopique, car « la femme qui lui fournit son observation personnelle est en vie ». A ce point de vue seulement, nous serons plus heureux, car les seins de la femme, que nous avons suivie et observée dans le cours de sa maladie, ont été prélevés après autopsie. Avant de terminer

---

1. Velpeau, *Traité des maladies du sein.* Paris, 1854, p. 231.

cet historique rapide, il nous faut citer les noms de Herczel, Grasmück, Wisshaupt et Lentz qui nous ont permis, par leurs publications dans ces toutes dernières années, d'ajouter aux observations citées antérieurement par tous ceux que l'hypertrophie mammaire intéressa. Les travaux plus récents encore, tant histologiques que physiologiques, sur les relations du corps jaune et des glandes mammaires (Ancel et Bouin) (1) nous permettent, en outre, d'établir un rapport entre l'hypertrophie mammaire et l'évolution du corps jaune : simple hypothèse, car nous ne pouvons encore fournir aucun fait expérimental :

1. Ancel et Bouin, Société de Biologie, novembre 1909.

DÉFINITION

Appelée encore hypertrophie générale, hypertrophie glandulaire, fibrome diffus, adéno-fibrome diffus, fibrome éléphantiasique de la mamelle, l'hypertrophie mammaire, selon Labarraque (1), consiste en un développement exagéré de la glande mammaire, un accroissement dans la masse, continu, uniforme, sans douleur, dû à l'augmentation des lobules de la glande, sans changement de texture ». Or, cette définition englobe toutes les hyperprophies mammaires, aussi bien celles au cours de la gestation que celles en dehors d'elle. Ici le cas est plus limité ; c'est pourquoi nous nous proposons de définir l'hypertrophie mammaire de la gestation, une augmentation de volume exagérée des mamelles dans leur totalité, intéressant tous les éléments constitutifs de l'organe, évoluant d'une façon uniforme, pouvant débuter à des périodes variables de la gestation, avec tendance à la régression.

Cette affection, comme le fait remarquer Romec, est plus un état physiologique exagéré qu'un état

1. Labarraque, thèse de Paris, 1875.

pathologique. « C'est une hypertrophie véritable, du même ordre que celle qu'on observe de loin en loin sur un membre ou un segment de membre, qui rentre dans la classe des anomalies plus qu'elle n'appartient au chapitre des tumeurs du sein (1).»

1. P. Delbet, *Traité de Chirurgie*, t. V, p. 766.

SYMPTOMATOLOGIE

La plupart du temps, le début de l'hypertrophie mammaire, au cours de la gestation, passe inapercu. La femme constate qu'elle prend de la gorge, mais, comme elle se sait enceinte, elle attribue cette augmentation de volume des seins à la gestation actuelle, jusqu'au jour où elle s'effraie et où son entourage immédiat s'alarme. Bientôt, elle ne se fait plus d'illusion : elle est difforme. Quand elle veut ramasser un objet à terre, elle est entraînée en avant ; dans la marche, il lui faut se cambrer en arrière. Tout travail lui devient impossible, obligée qu'elle est, de renforcer par ses deux bras passés au-dessous, le bandage qui soutient ses énormes seins.

Dans le decubitus dorsal, la respiration est gênée par cette masse, et, la position de repos qu'elle préfère, est de rester assise les seins appuyés sur les genoux (obs. XXIII). D'autre fois, l'hypertrophie augmente au fur à mesure des gestations. C'est ainsi qu'à la quatrième gestation, au dire de la malade que nous avons observée, les seins étaient deux fois plus volumineux que lors de la deuxième gestation (obs. XXXV). Tout d'abord résistants, les seins

deviennent mous. Au début, « on croirait, de prime abord, dit Velpeau, avoir sous les yeux de ces magnifiques hémisphères, si souvent figurés par les artistes ou par les poètes de l'antiquité » ; par la suite, ce sont deux énormes besaces pendantes et horriblement difformes. Ces seins tremblottent comme une masse de gelée, dès qu'on leur imprime une secousse ; ils donnent parfois une sensation trompeuse de fluctuation.

Leur consistance n'est pas toujours homogène ; à côté de points ramollis, on peut sentir des noyaux durs, fibreux.

Le mamelon paraît diminué ; quelquefois il s'invagine. Sous la peau, présentant de larges plaques rouge violacées, se dessinent les veines bleuâtres.

La masse difforme retombe sur l'abdomen, dépasse le pubis, cache la racine des cuisses ; sur les côtés, elle déborde le tronc et les bras y marquent leur empreinte. Elle pèse sur le fonds de l'utérus gravide et, lorsqu'on inspecte la femme couchée dans son lit, on est frappé de l'aspect de ces trois tumeurs en contact, dont l'utérus est la moins volumineuse et comme tassé au niveau de ses cornes.

Une forte odeur butyrique de sécrétion sébacée se dégage de la région. Entre les seins et dans le sillon sous-mammaire, il y a de l'intertrigo. Les excoriations ne sont pas rares dans le voisinage de l'aréole, partie en contact le plus direct avec les bandages compliqués par lesquels on cherche à soulager la malade.

Bien que d'ordinaire indolores, ces mamelles, si prodigieusement déformées, peuvent être le siège de fourmillements, de picotements passagers ; d'autres fois, on constate de véritables douleurs lancinantes, sensations de pincements, de piqûres (obs. XXXIII).

La sensibilité, par contre, peut être émoussée. Les ganglions axillaires ne sont pas pris. Parmi les troubles de voisinage, on a signalé la raucité de la voix. Les plus fréquents sont des troubles digestifs, respiratoires et nerveux. Les malades ont de l'inappétence, souvent des vomissements alimentaires, du hoquet. La respiration est gênée par la compression du thorax. Les signes de congestion passive des bases pulmonaires sont révélés par l'auscultation et, à la période ultime, la dyspnée est de règle. Cette gêne continuelle de jour et surtout de nuit, dans le décubitus dorsal ou latéral, entraîne à sa suite le manque de sommeil, l'irritabilité du caractère, un état d'excitation fort compréhensible.

D'autre part, l'utérus gravide est entravé dans son mouvement ascensionnel. Un seul sein est-il hypertrophié, l'utérus est fortement dévié du côté opposé ; les deux seins sont-ils hypertrophiés, l'utérus se trouve en quelque sorte bloqué, cherche à faire coin entre ces deux masses qui tendent à se rapprocher de la perpendiculaire, comme tout corps pesant suspendu dans l'espace.

Ce traumatisme continu de l'utérus n'est pas sans avoir un retentissement fâcheux sur le contenu de ce dernier, sur le fœtus. L'avortement, l'accouche-

ment prématuré, la rupture prématurée des membranes, la débilité de l'enfant ont été signalés comme pouvant en découler. Toutefois, il ne faudrait pas conclure que l'hypertrophie mammaire gravidique entraîne fatalement un pronostic mauvais pour l'existence du fœtus. En effet, chez 35 femmes, atteintes d'hypertrophie mammaire au cours de la gestation, celle-ci s'est terminée :

Trente-huit fois par l'expulsion spontanée à terme ou près du terme, d'un enfant vivant, bien constitué ;

Une fois par l'expulsion d'un enfant débile ;

Deux fois par un accouchement artificiel ;

Trois fois par l'expulsion d'un enfant mort-né ;

Quatre fois par un avortement, dont deux au troisième mois et deux au cinquième mois ;

Trois fois par un accouchement prématuré, dont un au septième mois, un au huitième mois et un au neuvième mois ;

Dix fois sans que nous puissions indiquer le mode de terminaison ?

Une fois ? (la femme n'ayant pas encore expulsé son produit de conception) ;

Soixante-deux expulsions.

Il est à remarquer que parmi les femmes ayant avorté, l'une était atteinte d'un érysipèle dont elle est morte, une autre présentait de l'albumine dans ses urines, une avait subi l'amputation d'un sein.

Un des accouchements prématurés (cours du huitième mois) se produisit dans un cas de grossesse multiple (gemellaire).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'hypertrophie mammaire est un fait assez rare et, si variable est le volume des seins qu'on pourrait être tenté de se demander où commence l'hypertrophie. En réalité, l'évolution de l'affection est si rapide, sa marche est si spéciale et son caractère pathologique s'affirme si nettement qu'on ne peut, en pratique, éprouver aucun embarras à ce sujet.

Outre l'hypertrophie dans laquelle les mamelles atteignent des dimensions véritablement considérables et dont le poids, par son action, continue sur la partie antéro-supérieure du thorax, peut aller jusqu'à provoquer des déformations de cyphose (obs. XX), il y a des hypertrophies moins considérables, et ce sont les plus fréquentes où les mamelles sont d'un volume double, triple, etc., l'état normal. Ce sont ces cas que l'on observe le plus souvent au cours de la gestation. Il est d'autres hypertrophies encore moins accentuées. Elles se produisent avec rapidité en un ou deux mois de temps, au début de la gestation, vers les deuxième, troisième mois, puis régressent après l'accouchement d'une manière presque intégrale (obs. XVI).

Cette distinction toute artificielle dans les degrés d'hypertrophie mammaire est nécessaire ; car, jusqu'à présent, on s'est occupé presque exclusivement des hypertrophies mammaires, au cours de la gestation, qui se présentaient avec des caractères presque monstrueux ; or, il en est d'autres, qui sont mieux tolérées, n'engendrant qu'une gêne passagère, chez les femmes qui en sont atteintes, pendant la période de gestation et celle de l'allaitement. Ces dernières sont plus que la flexion physiologique de la période de gestation ; plus que l'état physiologique normal de la glande mammaire pendant l'allaitement.

Les mensurations offrent également de grandes variations suivant les sujets, suivant le sein considéré. Pour Velpeau, le sein gauche serait le plus volumineux dans la majorité des cas La marche du processus hypertrophique, l'accroissement graduel se manifeste lentement du début de l'affection jusqu'à l'expulsion du produit de conception ; le maximum de développement coïncide avec la montrée laiteuse. Le tableau des mensurations, qui se trouve dans notre observation personnelle, indique que du cinquième au neuvième mois de gestation, le sein droit, mesuré du milieu de la clavicule au milieu du pli sous-mammaire, en passant par le mamelon augmenta de 11 (0 m. 11) centimètres, et le sein gauche de 8 (0 m. 08) centimètres, qu'au deuxième jour des suites de couches le sein droit, pour la même mesure, acquit 12 (0 m. 12) centimètres de plus et le sein gauche 8 (0 m. 08) centimètres.

La plus grande circonférence était de 1 mètre,0 m.6 pour le sein droit et de 1 m.0,2 pour le sein gauche.

Dans le tableau dressé par Puecle (1), on voit que le poids des mamelles hypertrophiées oscille entre 4 et 15 kilogrammes. Les seins de notre malade pesaient chacun environ 5 kgr. 200.

L'aspect, la forme diffèrent suivant la période de l'affection. Lisse, saillant arrondi dans les débuts, le sein s'affaisse bientôt ; il tend à se pédiculiser. La tumeur augmente peu à peu de volume, descend jusqu'à l'ombilic, empiète sur le flanc et peut même atteindre la cuisse.

Velpeau pense «qu'il existe plusieurs sortes d'hypertrophie : l'épaississement peut ne porter que sur l'élément adipeux ou bien sur l'élément glanduleux. comme aussi sur la trame fibro-cellulaire de l'organe, Dans d'autres cas,l'hypertrophie comprend à la fois les frais tissus ».

Dans les observations que nous avons colligées, il y a peu de renseignements anatomo-pathologiques Dans toutes, on rencontre le terme d'hyperplasie ou encore de néoformation fibreuse avec atrophie des acini (obs. VII, VIII, XI). A. Leclercq, moniteur d'anatomie pathologique à la Faculté, a bien voulu nous diriger et nous aider de ses conseils pour l'étude anatomo-pathologique des seins hyper-

---

1. Puecle, *les Mamelles et leurs anomalies*. F. Savy, 1876.

trophiés qui font le principal objet de cette thèse. On trouvera, dans ce qui suit, l'exposé des constatations que nous avons pu faire, la glande examinée ayant été prélevée, après autopsie, vingt-six jours après la montée laiteuse.

Description macroscopique

Nous avons pratiqué sur les seins qui font l'objet de cette étude un certain nombre de coupes parallèles.

Ces coupes furent faites sur les organes préalablement fixés au formol à 10 o/o et perpendiculairement à la base d'implantation sur le thorax.

Nous avons constaté les faits suivants :

Toute l'épaisseur des organes examinés est constituée jusqu'aux plans musculaires par des lobules grisâtres, de tailles inégales.

Les plus petits sont du volume d'un grain de blé, les plus volumineux égalent une noisette ; leur forme n'est pas régulière ; ils sont tantôt ovalaires, tantôt plus ou moins polyédriques.

Ces lobules sont séparés les uns des autres par des cloisons conjonctives, d'épaisseur variable suivant les régions, mais ne dépassant pas quelque millimètres.

A la partie culminante de la glande, des canaux convergent vers le mamelon ; à ce niveau les lobules deviennent plus rares.

Disséminées sur la surface des coupes, se trou-

vent de petites excavations de grosseurs variables de o m. 5 à 3 milimètres de diamètre, plus ou moins allongées et remplies d'un magmablanchâtre.

Description histologique

Sur une coupe, intéressant toute l'épaisseur de la peau, et passant par le mamelon, nous avons prélevé un certain nombre d'échantillons, qui ont été examinés par différentes méthodes :

1° Coupes à la congélation. Coloration à l'hématéine Soudan, pour l'étude des graisses.

2° Coupes à la celloïdine, pour obtenir des ensembles. Colorations à l'hématéine-éosine.

3° Coupes à la paraffine. Colorations à l'hématoxyline au fer éosine, au Van Gieson.

A faible grossissement, toutes les préparations, sauf celles comportant la région du mamelon, présentent des amas épithéliaux nombreux et volumineux, séparés les uns des autres par des bandes de tissu conjonctif fibreux.

Les formations épithéliales l'emportent de beaucoup sur les formations conjonctives et si l'on pouvait tenter une comparaison topographique, on dirait que l'aspect des coupes à petit grossissement ressemble à celui qu'offrent les cirrhoses hypertrophiques du foie.

Les éléments épithéliaux sont disposés en lobules, eux-mêmes composés d'acini sécréteurs, comme

dans une mamelle à l'état de lactation. On peut mêmes affirmer que la disposition lobulaire est ici plus nette encore. Le tissu conjonctif fibreux périlobulaire pénétre entre les acini glandulaires, les entoure d'un fin réseau ; il y prend un aspect jeune, les noyaux sont nombreux, volumineux, le collagène peu abondant et dans ses mailles on peut distinguer des éléments leucocytaires que nous décrirons plus loin.

Les acini

Les acini composant les lobules se présentent, à fort grossissement, sous plusieurs aspects :

Tantôt le lobule est formé de tubes glandulaires serrés les uns contre les autres, bordés de cellules élevées et pourvues d'une lumière nulle ou insignifiante ;

Tantôt le lobule est composé d'acini ampullaires qui se renflent latéralement en acini ou en culs-de-sac secondaires ; des sortes d'éperons simples ou divisés à extrémités arrondies ou renflées en massues font saillie à l'intérieur des lumières acineuses, irrégulières et tapissées d'un épithélium remarquablement bas.

Tantôt enfin, le lobule est composé des deux sortes d'éléments précédents avec tous les termes de passage.

Si l'on compare ces trois aspects, on constate que par rapport à l'involution de la mamelle, ils peuvent être classés dans l'ordre suivant, qui répond sans

doute à la marche des phènomènes regressifs : (La mamelle en question a été examinée seize jours après la cessation de l'allaitement.)

1° Lobules à gros acini.

2° Lobules à acini polymorphes.

3° Lobules dont les acini ont perdu leur lumière.

La forme 2 établissant le passage entre l'état de plein fonctionnement et l'état de repos.

Il est intéressant de voir que dans un même lobule, tous les acini n'arrivent pas à un même stade de leur involution, à un moment donné, sans qu'on puisse d'ailleurs saisir jusqu'à présent la cause de ce phénomène.

Pour terminer, ce qu'il y a lieu de dire sur l'état des tubes sécréteurs, il faut noter que les parties, arrivées à l'état de régression, sont beaucoup plus développées et les lobules beaucoup plus nombreux que dans la mamelle ordinaire, examinée dans les mêmes conditions.

Le contenu de la lumière des acini et des canaux excréteurs

Dans la lumière des acini et des canaux excréteurs, on trouve soit seulement un coagulum finement grenu se colorant en bleu pâle par l'hématéine, soit au milieu d'un semblable précipité et d'un très grand nombre de globules graisseux (coloration au Soudan), des éléments cellulaires libres. Les uns volumineux, à noyau excentrique, quelque fois picnotique,

sont bourrés de petites gouttelettes de graisse, les autres plus petits, en moins grand nombre, à noyau plus central, à reticulum chromatique bien visible contiennent moins de globules gras.

Des éléments bien étudiés par un grand nombre d'auteurs et particulièrement par Wallich et Levaditi (1), sont les corpuscules du colostrum que l'on retrouve soit immédiatement avant la lactation, soit dans la phase qui suit sa suppression. De plus certains canaux excréteurs sont distendus par les éléments précédemment décrits et forment par endroit de petites plages d'apparence kystique, ayant sur les pièces fixées environ de 1 à 2 millimètres de diamètre. Ce sont ces canaux excréteurs dilatés que l'on peut voir à l'œil nu sur les coupes macroscopiques et que nous avons décrits plus haut comme remplis d'un magma blanchâtre, qui n'est autre qu'un coagulum contenant les éléments du colostrum et des globules graisseux.

Tissu conjonctif péri-acineux.

Autour des acini le tissu conjonctif possède des noyaux volumineux, clairs, plus ou moins allongés, le collagène s'y trouve en petite quantité et, au milieu de ces éléments jeunes et de nombreux capillaires,

1. Wallich et Levaditi. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1905-1906.

on peut voir un grand nombre d'éléments libres ; certains très colorés, réduits presque à leurs noyaux ressemblent à des lymphocytes ; d'autres, plus volumineux, d'aspect sphérique, à noyaux plus ou moins latéraux, rappellent des mononucléaires de tailles diverses ; certains ont un protoplasma nettement eosinophile. Ces derniers sont de taille assez différente ; tous ont un noyau très basophyle, les plus petits prennent le type de cellules plasmatiques, les plus volumineux prennent celui de mononucléaires éosinophiles à protoplasma non granuleux.

Tissu conjonctif fibreux inter-lobulaire.

Le tissu conjonctif fibreux perilobulaire contient les éléments mobiles que nous avons décrits autour des tubes glandulaires et sont seulement beaucoup plus disséminés. Nulle part nous n'avons rencontré de prolynucléaires. Certains des gros éléments mononucléaires contiennent des fines gouttelettes graisseuses.

Parmi ce tissu fibreux très vascularisé et dont les vaisseaux ne présentent aucun épaisissement anormal, on rencontre également des traînées de cellules graisseuses, mais dont le nombre n'est pas du tout comparable à celui que l'on trouve dans les seins normaux au repos.

Les ganglions axillaires examinés ne présentent rien de particulier.

En résumé nous avons à faire à des mamelles :

A. — Dont la sécrétion lactée est en train de disparaître comme le prouve :

1° L'état des acini sécréteurs ;

2° Les éléments du colostrum contenu dans les acini et les canaux excréteurs ;

3° Les éléments leucocytaires en migration dans le tissu conjonctif péri-lobulaire et péri-acéreux.

B. — Dont l'hyperplasie numérique et histologique des éléments sécréteurs est tout à fait manifeste, malgré l'état d'involution de la glande.

Nous pouvons donc conclure que nous sommes en présence d'une hyperplasie numérique et histologique du tissu glandulaire dans une mamelle en involution sécrétrice, le tissu conjonctif n'y paraissant jouer qu'un rôle tout à fait secondaire (Obs. XXXV).

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Affection depuis longtemps connue, mais rare, l'hypertrophie mammaire a été signalée aux Indes, en Egypte, en Amérique, en Angleterre, en Allemagne, moins fréquemment en France. L'état plus ou moins volumineux de la mamelle est, comme on sait, un des signes caractéristiques, bien que secondaire, de la race : les femmes des régions polaires (Kamtchatka) ont les seins petits ; celles des régions tropicales, les seins très développés, ainsi qu'il est possible de s'en rendre compte par les reproductions de la « Vénus Hottentote ».

L'exagération de l'état physiologique des mamelles semble subir également cette influence de la race. Les cas observés dans les parages de l'Équateur sont plus nombreux et surtout plus volumineux. Garcia, directeur de l'hôpital militaire de Mexico, a publié l'observation d'une femme qui souffrait d'une hypertrophie mammaire dont le poids atteignait 40 kilogrammes et dont la masse descendait à 10 centimètres au-dessus de la rotule ; Desenne rapporte de son séjour à l'hôpital de Souillac (Ile Maurice), le cas d'une mûlatresse de quinze ans dont les deux seins, gauche

et droit, pesaient respectivement 3.780 et 3.825 grammes. Toutefois, « si un certain degré d'hypertrophie est un état normal chez la négresse, il est bien loin, d'après Labarraque, d'en être ainsi chez la femme blanche, où un développement beaucoup moindre devient une infirmité, une gêne, une cause d'épuisement, une maladie en un mot ».

L'hérédité, les traumatismes, les excès de coït, l'onanisme, ont été invoqués dans l'étiologie de l'hypertrophie des mamelles. Nous ne faisons que les mentionner.

La précocité des règles, leur apparition tardive, l'aménorrhée, les ménorragies, tous les troubles qui peuvent se produire au moment de l'instauraution des règles, doivent être pris en plus grande considération. Pour M. le professeur Delbet, dans l'hypertrophie mammaire, une condition prime toutes les autres : c'est l'âge. Il y a une relation directe entre la puberté et cette affection. Une autre cause, aussi importante, est la gestation. Sur 78 cas d'hypertrophie mammaire, 28 cas se sont manifestés entre quatorze et vingt ans ; 35 à l'occasion de la gestation. L'hypertrophie gravidique peut ne pas se produire dès la première gestation et s'installer seulement au cours de la deuxième, même de la troisième gestation.

Osiander a incriminé l'accouchement.

Dans une observation rapportée par Labarraque, l'hypertrophie s'est développée après les suites de

couches. Les allaitements prolongés ne seraient pas non plus sans influence.

La ménopause peut déterminer également une hypertrophie des mamelles qui ne diffère des hypertrophies aux autres périodes de la vie que par son caractère anatomo-pathologique, d'être principalement une hypertrophie graisseuse (Obs. XV).

Nous avons pu prendre connaissance de 78 cas d'hypertrophie mammaire qui se répartissent de la façon suivante :

35 cas au cours de la gestation ;

28 cas à l'époque de la puberté :

5 cas sans renseignements sur le mode de début ;

7 cas sans renseignements, ayant débuté entre vingt-deux et trente ans ;

3 cas à l'époque de la ménopause ;

78 cas.

Parmi les 35 cas observés au cours de la gestation, 10 ont cependant débuté au moment de la puberté, et l'hypertrophie a pris une extension considérable lors de la première gestation.

Sur les 25 cas qui ont évolué à l'occasion d'une gestation : 21 se sont manifestés lors de la première gestation, 3 lors de la deuxième et 1 lors de la quatrième.

En outre les femmes dont il s'agit se répartissent en 14 I-pares, 10 II-pares, 7 III-pares, 3 IV-pares et 1 V-pare.

Des maladies infectieuses, le paludisme comme chez les malades de Ferrus d'Alger et de Desenne,

(obs. VI), ont été mentionnés dans les antécédents des malades ; de même la scrofule, le lymphatisme, la chlorose.

De ce qui précède et sans vouloir ôter quoi que ce soit à la valeur des causes que l'on a pu incriminer, « il est certain qu'il y a encore une inconnue dans l'histoire des causes de l'hypertrophie mammaire » (Labarraque). Néanmoins, il ressort que l'hypertrophie mammaire est toujours liée à des manifestations d'un autre ordre, qui ont pour siège les organes génitaux. Puech reconnaît l'influence d'une irritation utérine comme intervenant dans la genèse des hypertrophies mammaires. Si l'on parcourt les publications faites sur des cas d'hypertrophie mammaire, on remarquera que, presque toujours, les femmes observées ont présenté à des époques diverses de leur vie génitale des troubles tels que aménorrhée, céphalée menstruelle, dysménorrhée, douleurs névralgiformes, irrégularité des règles, accidents articulaires, obésité, en un mot ce que l'on considère aujourd'hui comme des complications de l'insuffisance ovarienne, de la « dystrophie ovarienne » (obs. IV ; V ; XII ; XIV).

Hutchinson (J.) (*in Archives of Surgery*, 1896, VII, p. 380) rappelle que John Birkett a publié plusieurs cas d'hypertrophie, dans lesquels il s'agit de femmes massives, avec panicule graisseux très abondant.

La malade de Mance (obs. II) n'était pas réglée à seize ans ; celle de Symens (obs. XXX) avait des

règles peu abondantes ; celle de Speth (obs. XIX), après une période d'aménorrhée, avait eu à nouveau ses règles, mais diminuées en quantité.

Dans tous les cas d'hypertrophie mammaire au cours de la gestation, celle-ci semble avoir été la cause déterminante, elle fait l'office d'un coup de fouet, d'une poussée violente.

L'hypertrophie mammaire gravidique ne diffère en effet de l'hypertrophie de la puberté que par son évolution. Il y a parallélisme entre ce qui se passe chez la femme en état de gestation, d'une manière exacerbée, momentanée, et ce qui se produit, à un degré moindre, mais durable, chez la jeune fille à l'époque de l'instauration des règles. Bien que nous ne puissions citer de faits démonstratifs à ce sujet, les études récentes sur les rapports du corps jaune et de la glande mammaire nous portent à envisager l'hypertrophie mammaire, tant de la puberté que de la gestation, comme conséquence d'une perturbation dans le fonctionnement des glandes vasculaires, en particulier du corps jaune. Deux théories, en effet, tendent à expliquer les modifications subies par la mamelle au cours de son évolution. La première ou théorie nerveuse, attribue au système nerveux une part prédominante dans le déterminisme des variations physiologiques de la mamelle. Cette théorie que l'on peut encore appeler théorie ancienne et qui remonte à la découverte anatomique des nerfs mammaires, était généralement admise au XVII[e] siècle (Florentini, 1653). La seconde théorie

ou théorie des excitants spécifiques ou encore théorie marmonienne date des travaux plus récents de Hildebrandt (1904), de Bayliss et Starling (1906), on peut aussi l'appeler moderne ; elle a été développée tout dernièrement par Ancel et Bouin et par le Dr Schil dans sa thèse (1).

Goltz et Ewald ont vu après la mise bas, la sécrétion lactée survenir bien qu'il y eut eu une extirpation de la moelle lombaire. Ribbert (1902) a observé la sécrétion d'une glande mammaire transplantée dans la région de l'oreille. Il résulte de ces expériences et de beaucoup d'autres que la sécrétion lactée est déterminée par autre chose qu'une influence nerveuse c'est-à-dire par une substance circulant dans le sang. Les expériences de Fogès, Cramer, Frænkel établissent l'influence excitante de l'ovaire ou du corps jaune sur la lactation.

Ancel et Bouin pensent que le développement considérable, pris par les glandes mammaires pendant la gestation, est dû à l'influence du corps jaune qui se forme alors dans l'ovaire. Dans leurs expériences, ils provoquent l'accouplement de lapines vierges avec un mâle, rendu expérimentalement aspermatogène par résection d'une partie du canal déférent entre deux ligatures. Ils voient alors les glandes mammaires grossir très vite et atteindre leurs dimensions maxima vers le quatorzième jour après

1. Dr L. Schil, *Recherches sur la glande mammaire* (Thèse de Nancy. 1912).

l'accouplement, puis rentrer ensuite en régression. Or, chez la lapine, la rupture folliculaire a lieu à l'époque de l'accouplement (que celui-ci soit efficace ou non). Les corps jaunes se développent dans l'ovaire consécutivement à la rupture des follicules. Dans les expériences, il ne se forme aucun embryon aux dépens des œufs, puisqu'ils n'ont pas été fécondés.

De plus, l'on constate que le corps jaune de la lapine se développe progressivement pendant quatorze jours également, puis entre en régression.

Il existe donc un parallélisme entre l'évolution du corps jaune et celui de la glande mammaire. L'accroissement de celle-ci ne saurait être attribué à une influence embryonnaire ou placentaire, puisque Bouin et Ancel ont évité la production de l'embryon.

L'évolution de la mamelle se compose d'une succession de phases, qui, sauf les phases de régression, sont conditionnées par des excitants particuliers que l'on peut classer en deux catégories : les excitants endogènes et exogènes. « Toutes les variations morphologiques de la mamelle ; hyperhémie, accroissement du parenchyme et sécrétion glandulaire sont sous la dépendance de substances chimiques élaborées par les organes génitaux. Ces substances jouissent d'une propriété commune : elles sont vasodilatatrices, mais elles se différencient en deux groupes distincts par la variété des incitations qu'elles envoient au parenchyme glandulaire ; les unes sont cinétogènes, les autres crisogènes.

Les incitations cinétogènes proviennent toutes de l'ovaire (follicules de Graaf et corps jaune) et l'incitation crisogène semble provenir d'une glande dont l'apparition est intimement liée à l'activité du corps jaune et à la formation du placenta maternel (Ancel et Bouin) ; si bien que l'action cinétogène précède toujours chez l'adulte l'action crisogène. Ceci correspond bien à la succession chronologique des variations morphologiques du parenchyme mammaire. Les cellules de l'épithélium glandulaire se multiplient d'abord, elles sécrètent ensuite. On n'observe, en effet, jamais de sécrétion mammaire sans prolifération parenchymateuse préalable.

L'action crisogène ne se manifeste que lors de l'apparition de la glande myométriale, c'est-à-dire normalement dans les cas de grossesse.

L'action cinétogène apparait dès qu'un follicule de de Graaf est mûr, et nous avons émis l'hypothèse que cette action était due à la sécrétion interne des cellules thécales qui constituent une sorte de pré-corps jaune. On peut alors se demander si l'existence de la mamelle lors de la phase impubère qui dépend d'une sécrétion ovarienne ne reconnaît pas pour déterminisme la sécrétion de ces mêmes cellules thécales qui présentent déjà dans les follicules en voie d'accroissement des caractères cytologiques nettement glandulaires.

Si ces hypothèses se trouvaient confirmées, on pourrait concevoir aux incitations cinétogènes une continuité d'origine. La sécrétion interne, relative-

ment faible des cellules thécales du follicule en voie d'accroissement, maintiendrait la glande mammaire dans l'état où l'a laissé l'organogenèse, cette sécrétion plus abondante par suite de l'activité plus grande de ces cellules lors de la maturité folliculaire, déterminerait le developpement limité de la puberté ou du premier rut, et enfin, cette sécrétion, renforcée lors d'une gestation par celle du corps jaune — à la constitution duquel ces cellules thécales prennent part — conditionnerait le développement gravidique.

L'excitant exogène est de nature différente des précédents. L'action exogène ou acte de succion est de nature mécanique, elle continue seulement les actions déterminées par les excitants endogènes, de nature chimique, et ne peut d'ailleurs provoquer ni l'accroissement ni la sécrétion mammaire (1).

« Nous venons de voir que les différentes phases de l'activité glandulaire de la mamelle sont conditionnées par des incitations de diverses natures, mais nous ignorons par quel mécanisme ces incitations sont transmises à l'organe mammaire. En effet, la théorie des réflexes nerveux génito-mammaires ne peut plus être admise, puisque nous savons que les organes génitaux élaborent des excitants chimiques spécifiques qui conditionnent ces phases. Mais, doit-on admettre, suivant la théorie harmonienne de Bayliss et Starling que ces substances

---

1. Schil, *Recherches sur la glande mammaire* (Thèse de Nancy 1912).

chimiques vont agir directement sur les éléments cellulaires de la mamelle, sans que le système nerveux n'intervienne ?

» Les propriétés vaso-dilatatrices des sécrétions endogènes semblent faire penser que le système nerveux prend part au mécanisme de la transmission des incitations provenant du tractus génital. Quoi qu'il en soit, nous ignorons tout du mécanisme par lequel ces incitations spécifiques retentissent sur la mamelle. C'est, d'ailleurs, là un cas particulier du problème général du mécanisme de l'action des sécrétions internes, problème que jusqu'à présent aucune donnée scientifique n'a permis de résoudre, aussi, nous bornons-nous ici à le signaler, sans même vouloir envisager les différentes hypothèses qui tendent à le solutionner. »

De même pour ce qui concerne l'hypertrophie mammaire ou développement exagéré du parenchyme glandulaire, nous émettons l'hypothèse d'une modification, d'une perturbation dans ces sécrétions internes, dans ces excitants endogènes ; ce qui expliquerait, pour l'hypertrophie mammaire de la puberté comme pour celle de la gestation, une analogie d'origine et une marche différente dans l'évolution symptomatologique.

ÉVOLUTION. PRONOSTIC

L'hypertrophie mammaire, au cours de la gestation, a une évolution rapide. Elle augmente d'une façon continue des premiers aux derniers temps de la gestation. Dans les premiers mois elle s'accroît très rapidement, puis ayant atteint une certaine extension, augmente plus lentement, pour atteindre un maximum au moment de la montée laiteuse. Son caractère spécial, qui fait que l'on doit la distinguer de l'hypertrophie mammaire de la puberté, est qu'elle rétrocède après l'expulsion du produit de conception. Cette régression se manifeste le plus souvent pendant les suites de couches, quand la femme n'allaite pas, ou bien pendant ou après l'allaitement. Pour Fingerhut, cette régression serait une guérison. Nous ne le pensons pas, car la régression n'est jamais complète ; les seins ne reviennent jamais à leur état primitif. A chaque gestation, l'hypertrophie est plus volumineuse. Même, après régression, les seins sont plus hypertrophiés que lors de leur première, de leur deuxième période d'accroissement, correspondant à une première ou à une deuxième gestation (obs. XXII).

On a dit que les femmes, atteintes d'hypertrophie mammaire ne concevaient pas. Les observations de cas d'hypertrophie mammaire de la puberté dans lesquels les femmes ont été fécondées, démontrent le contraire (obs. XXIV, XXV, XXVI). Le fait, cité par Benoît et Monteils, indique que non seulement la gestation est possible, mais encore que l'état gravidique peut déterminer une amélioration très notable (obs. XVI).

Le pronostic de l'hypertrophie mammaire, au cours de la gestation, n'est pas grave par lui-même puisqu'il y a tendance à la régression ; mais il peut entraîner des troubles généraux et locaux : cachexie, état dyspnéique, compression, qui, chez la parturiente, prennent des caractères de gravité tout particuliers. Sur 35 cas d'hypertrophie mammaire au cours de la gestation, 14 femmes ont continué à vivre comme avant leur gestation, 9 femmes ont dû être opérées après la gestation et 4 pendant la gestation ; 2 sont mortes de cachexie (obs. XVIII) et de troubles pulmonaires (obs. XIII). En un mot, l'hypertrophie mammaire est une affection grave par ses complications, plus grave chez la jeune fille que chez la femme en état de gestation. Elle ne menace pas la vie de la femme pendant la gestation et il ne semble pas, ainsi que l'a proposé Esterle, qu'il y ait indication de recourir à l'accouchement prématuré pour atténuer l'intensité de l'affection mammaire. Le pronostic n'est pas plus grave pour l'enfant que pour la mère, à condition de mettre

celle-ci dans les conditions requises par les derniers mois de la gestation. En effet, 35 femmes atteintes d'hypertrophies mammaires ont expulsé un enfant à terme ou près du terme dans 38 cas (voir symptomatologie).

TRAITEMENT

De ce qui précède, il découle que l'hypertrophie mammaire gravidique tend à régresser lors des suites de couches ou à une époque plus éloignée d'elles, lorsque l'harmonie des fonctions de reproduction est rétablie. Le traitement de cette affection sera donc avant tout palliatif, anodin, de façon à conduire la femme sans incidents jusqu'à l'accouchement et peut-être, à la guérison (obs. XXXV). On emploiera dans ce but les moyens en usage jusqu'à ce jour, ainsi que la médication opothérapique plus récente (obs. X, XIII). Des lavages quotidiens de la région mammaire seront faits avec des solutions antiseptiques faibles. Lorsqu'il y aura une ou plusieurs excoriations, on pansera à sec, après asepsie préalable.

Les seins seront légèrement et séparément comprimés par des bandes de tissu extensible (obs. III). L'ensemble sera avantageusement contenu dans une camisole de toile forte. Dans les derniers temps de la gestation, on conseillera le repos complet à la chambre, de manière à éviter les œdèmes par compression et afin de soustraire la femme aux variations

de température. On prescrira un régime lacto-végétarien, des laxatifs à intervalles réguliers : on surveillera la quantité des urines émises dans les vingt heures. En un mot, on appliquera une hygiène rigoureuse et on facilitera le bon fonctionnement des émonctoires.

Fingerhut avait pensé obtenir de bons effets en provoquant artificiellement la lactation. Il rapporte 2 cas dans lesquels il a eu recours à ce mode de traitement. Monod y a eu recours sans succès dans un cas. Les malades de Fingerhut n'ont pu être assez longtemps suivies pour que l'on puisse juger de l'efficacité de cette méthode. Les incisions, les scarifications n'offrent guère que des inconvénients. Il faut les abandonner. « L'iode, le plus souvent, dit Labarraque, échoue dans le traitement de l'hypertrophie mammaire. » Actuellement encore son efficacité est moins que démontrée. Quant à l'électricité, nous n'en connaissons pas les effets thérapeutiques ; aucune observation n'en mentionne l'emploi.

La médication thyro-ovarienne n'a donné jusqu'à présent aucune amélioration notable dans les cas d'hypertrophie mammaire. Notre malade a pris de la poudre d'ovaire. Aucun changement n'est survenu dans l'évolution de son affection. Est-ce à dire que cette médication est inefficace ? « Ne nous hâtons pas de conclure, dit M. P. Dalché, et tâchons dans le complexus glandulaire de chercher ce qui revient à l'ovaire, à l'hypophyse ou aux surrénales. » Alors seulement la voie sera plus nettement tracée.

Après l'accouchement, faut-il interrompre l'allaitement (obs. XXVIII)? Dans les cas d'hypertrophie considérable, avec hypersécrétion lactée énorme, ainsi que le signale Monod, il est nécessaire d'interrompre l'allaitement.

Il est des cas où la rétraction du mamelon et l'abolition de la sécrétion enlèvent toute hésitation. Lorsque l'hypertrophie ne semble pas entraîner une altération dans la santé de la femme, *a fortiori* lorsque celle-ci en manifeste le désir, comme la malade d'Anthony, on peut ne pas s'opposer à l'allaitement de l'enfant, soit au sein, soit à l'aide d'un verre aspirateur, et même de la succipompe. Nous croyons cependant préférable d'interrompre toujours l'allaitement.

Mais l'hypertrophie progresse considérablement, la santé générale est atteinte, l'amaigrissement fait des progrès rapides, des complications locales, inflammation, abcès surviennent ; toute hésitation serait coupable envers la mère et envers l'enfant. Il n'y a plus qu'une seule ressource : l'intervention sanglante, l'amputation du sein ou des deux seins. Faite dans les conditions de sécurité, assurée de nos jours, elle donne d'excellents résultats. Les observations de Fogès, de Lentz, de Wisshaupt en témoignent (obs. XXVIII, XXXIII, XXII). Le plus souvent, la gestation n'est pas influencée et se poursuit normalement. Bien que Lentz ait obtenu un beau succès avec la malade chez laquelle il pratiqua l'amputation des deux seins dans la même séance (obs. XXXIII), nous

pensons qu'il est préférable d'employer le procédé en deux temps. On commencera donc par enlever le sein le plus volumineux. Parfois, comme l'a remarqué Hey, le sein en place diminue après l'opération, mais, dans la majorité des cas, l'ablation d'une mamelle n'exerce aucune influence sur l'autre et l'on est obligée de recourir à une seconde amputation. Celle-ci peut être pratiquée une semaine après la première.

Pour ce qui est de la technique opératoire, comme il ne peut être question d'esthétique dans de pareils cas de difformité acquise, on pratiquera l'amputation du sein pure et simple, c'est-à-dire qu'on enlèvera d'un seul coup la peau exubérante, la glande entière entre deux incisions elliptiques (obs. IX). Il sera bon, comme l'a fait Stapleton (obs. de Macswiney) de soulever quelque temps la tumeur avant de l'enlever, afin de la vider du sang qu'elle contient.

Une autre intervention, à l'exemple de Pousson, peut être pratiquée, nous voulons parler de la mastopexie. Elle présente l'avantage de toute chirurgie conservatrice dans les cas où la santé de la femme n'étant pas affaiblie, le volume des seins n'occasionne que de la gêne, des tiraillements et des douleurs.

OBSERVATIONS

Dans la deuxième partie de ce travail nous donnons les principales observations dont nous avons pris connaissance. On trouvera :

1° Des observations d''hypertrophie mammaire en dehors de la gestation ;

2° Des observations d'hypertrophie mammaire au cours de la gestation ;

3° Une observation d'hypertrophie mammaire chez l'animàl (chienne).

I. — Observations d'hypertrophie mammaire en dehors de la gestation

OBSERVATION I

(Borelli (Petr.), *Historiarum et observationum centuriæ* IV) Parisiis, 1757. Centur. I. Observ. XLVIII, p. 50.)

Hypertrophie des deux seins chez une femme non menstruée: saignée des malléoles ; ventouses sur les membres inférieurs, réapparition des menstrues ; guérison.

Une jeune femme de vingt ans, vit ses seins augmenter de

volume au point d'atteindre un poids de 30 livres. Elle dut s'attacher autour du cou de petites branches flexibles qui soutenaient ses énormes mamelles. Elle vint me demander de la guérir ; ses règles n'avaient pas encore paru. Je lui ordonnai des moyens propres à provoquer l'écoulement menstruel, tels que la saignée des malléoles, des ventouses sur les membres inférieurs, l'usage des eaux thermales minéralisées, les frictions sèches sur les seins, car je connaissais la merveilleuse sympathie qui unit entre eux les seins et les écoulements menstruels et j'agissais d'après les préceptes d'Hippocrate, qui recommande les ventouses aux mamelles pour faire venir les règles. A l'aide de ces moyens, la menstruation s'établit et les mamelles diminuèrent de volume. J'ai rapporté cette guérison, car ici l'hypertrophie était telle que la malade était prête à aller trouver le chirurgien et à se faire pratiquer l'ablation des deux mamelles.

OBSERVATION II

Un cas d'hypertrophie mammaire, illustré par Horace Vernet, par Lucien Hahn et Ernest Wickersheimer.

(Il s'agit d'un cas observé par Manec dans son service de la Charité, cas qui fut publié dans le numéro du 29 janvier 1859 de la *Gazette des hôpitaux*.)

Jeune fille âgée de dix-sept ans, taille un peu au-dessous de la moyenne ; s'aperçoit à quinze ans que ses seins prenaient un développement considérable. « Elle n'était pas encore réglée à cette époque. » A seize ans, elle a ses règles. Depuis ce moment ses seins n'ont cessé de s'accroître, au point

d'avoir acquis en deux ans les proportions énormes qu'ils présentent aujourd'hui.

Plus large circonférence: 75 centimètres à gauche, 72 centimètres à droite.

Circonférence du pédicule : 50 centimètres. Poids : environ 6 kilos 1/2 (à droite), 7 kilos (à gauche), peau souple, non altérée, mobile sur les parties sous-jacentes ; non épaissie, ni hypertrophiée ; ni douleur, ni sensibilité anormale au niveau des seins.

Par suite de cette nutrition anormale au niveau des mamelles, datant de deux ans, l'état général a souffert : amaigrissement, ainsi que la fonction menstruelle ; « la malade a à peine vu ses règles cinq ou six fois et d'une manière très irrégulière depuis deux ans... » L'iodure de potassium, au lieu de combattre l'état général et local, ne fait qu'accentuer les deux. Manec alors, après avoir pris l'avis de Velpeau, ampute les deux seins.

La mamelle étalée sur une table, opération accomplie, offrait un diamètre de 1 m. 15, son poids était de 7 km. 5. Les corps durs, semés profondément dans la masse étaient, selon les prévisions, des lobules hypertrophiés.

Les suites ont été heureuses, sauf une légère hémorragie survenue le troisième ou quatrième jour après l'opération.

Opération de la mamelle droite le 26 décembre 1858. « Il importe de noter ici que dans le court intervalle d'un mois écoulé entre ces deux opérations, la mamelle restante (la droite) avait subi un surcroît d'accroissement tel, qu'elle avait dépassé le poids et le volume du sein gauche. De 6 kgr. 5 qu'elle pesait lors du premier examen « au mois d'octobre » elle en était venue à peser 8 kilogrammes lors

de la deuxième opération, c'est-à-dire une livre de plus que la mamelle gauche. Elle avait ainsi gagné en moins de deux mois, et surtout pendant le dernier mois, un 1 kgr 5. (3 livres).

» Suite de la deuxième opération : du troisième au quatrième jour simplement, un peu de mal de tête, sans toux, ni oppression, ni hémoptysie ; quatorzième jour, oppression, mal de cœur, quelques épistaxis. Au moment où Manec se dispose à appliquer quelques sangsues aux cuisses pour provoquer les règles, celles-ci viennent spontanément. Dès lors tout se calme, et vers les 15-20 janvier, la plaie chirurgicale cicatrise.

» Depuis, cette jeune fille s'est mariée et a eu quatre ou cinq enfants. A l'epoque où, physiologiquement, les seins se développent par la lactation, des douleurs se sont manifestées dans les cicatrices, et les glandes à l'aisselle se sont engorgées. Puis, au bout de peu de temps, tout est rentré dans l'ordre. »

OBSERVATION III

(Rapportée par Labarraque, p. 3, obs. XXX
thèse de Paris, 1875.)

Hypertrophie générale du sein gauche
Compression avec ouate et bande de caoutchouc

Le sein s'est développé, à la première menstruation, à quatorze ans. Les époques avancent de quelques jours et la perte de sang est assez abondante. La tumeur est gênante.

État excellent. Hypertrophie mammaire. La compression est pratiquée avec soin par M. Pinard, interne du service, au moyen de la ouate et d'une bande de caoutchouc. Au bout de six semaines, on enlève l'appareil; le sein a diminué de plusieurs centimètres. On fait faire à la malade, par M. Collin, l'habile fabricant d'instruments de chirurgie, un corset élastique compresseur, et elle quitte l'Hôtel-Dieu où elle n'a pas reparu depuis plus de deux ans, ce qui permet d'espérer que ses seins n'ont pas continué à s'accroître (Service de M. le professeur Richet, 1872).

OBSERVATION IV

(Billroth, *Diffuse hypertrophie der Brüste Deutsche Chirurgie*, Lief 41, 1880, p. 69.)

Hypertrophie mammaire bilatérale chez une jeune fille vierge de seize ans. En novembre 1867 (âge de quinze ans) première menstruation. Au bout de deux mois et demi, les deux seins ont beaucoup augmenté de volume; pendant les trois mois suivants, ils redeviennent un peu plus petits. Puis reprise de l'augmentation qui fut rapide. Opération refusée ; un an après diminution insignifiante.

OBSERVATION V

(Moullin, [J. A. Maurell], *Case of hypertrophy of the breats. Transact. of the obst. Soc. of London*, 1883. XXV. P. 212.)

La malade est une jeune fille d'apparence scrofuleuse de dix-huit ans, célibataire. Les seins commencèrent à s'hyper-

trophier, *à l'âge de la puberté*, à quatorze ans, et ont continué à augmenter de volume depuis lors. Ils sont lourds, pendants, de consistance molle, et flaccides et symétriquement atteints ; les mamelons sont petits, tandis que le champ de l'aréole est très étendu. La malade se plaint de fourmillements et d'élancements douloureux dans les seins qui sont douloureux au toucher et quand elle veut les relever ; les règles ne sont pas irrégulières, et l'état général est bon. Les parents et tout le reste de la famille se portent bien, sauf un frère qui est atteint d'une affection spinale.

OBSERVATION VI

(Désenne, *Observation de polyadénome mammaire double. Hypertrophie générale des mamelles.* (*Progrès médical*, juin 1886, p. 492.)

F. D..., âgée de quinze ans, est entrée à l'hôpital de Souillac (Ile Maurice) le 4 octobre 1881. Mûlatresse d'origine cidolo-indienne. Fille naturelle non reconnue de son père. Mère morte de maladie inconnue. Père, vieux, rhumatisant. Elle n'a jamais entendu dire que dans sa famille, il y ait eu personne atteint de maladie semblable à la sienne.

Énorme hypertrophie des mamelles, santé florissante. La malade n'a jamais été réglée. F. D..., s'est aperçue à quatorze ans que son sein gauche grossissait. Elle attribue le début de sa maladie à quelques forts accès de fièvre paludéenne, qu'elle a eue à ce moment-là. Le globe mammaire gauche était alors devenu un peu douloureux et rouge. Quatre mois après le sein droit a aussi commencé à grossir.

Cette hypertrophie du sein droit a débuté de la même façon que celle du sein gauche, à l'exception toutefois d'un abcès qui a crevé tout seul et a rendu beaucoup de pus au dire de la malade. On remarque, en effet, à la partie déclive du lobe mammaire droit, une cicatrice irrégulière.

La malade a eu à onze ans des rapports sexuels avec un jeune garçon de quatre à cinq ans plus âgé qu'elle, rapports continuels et presque journaliers durant deux ans et demi ; dès les premiers jours, ces rapports ont été complets et suivis de sensations voluptueuses aussi vives, prétend-elle que celles qu'elle éprouve depuis qu'elle est grande. La malade n'avait à cette époque aucun indice de mamelles. Ce n'a été que trois à quatre mois, avant de commencer à être malade que les seins se sont développés chez elle et que le pubis s'est recouvert de poils. Hystérie possible.

10 novembre 1881. — Amputation du sein gauche ; sein égale 3 kilos 780, pas de fièvre traumatique, cicatrisation rapide.

Malade revue le 5 janvier 1882.

Depuis l'amputation du sein gauche, le sein droit augmente à son tour de volume.

9 janvier. — Apparition pour la première fois des menstrues, qui durent trois jours pleins avec une certaine abondance.

16 janvier. — Amputation de l'autre sein. Nouvelle crise d'hystérie à la suite de cette opération et durant laquelle la malade défait encore son pansement et arrache aussi quelques sutures. Sein amputé, égale 3 kilog. 825.

5 mars suivant, les règles apparaissent, pour la deuxième fois, et depuis cette époque jusqu'en mai 1884, elle a toujours

été menstruée à date fixe pendant trois ou quatre jours à chaque fois.

En février 1885, accouchement (durée égale deux heures) d'un garçon à terme, parfaitement constitué. Mort trois mois après par entéro-colite: Un mois après ses couches, F. D. a recommencé à être réglée à nouveau. A la date du 10 mars 1886, elle est enceinte de six mois.

A la partie inférieure de la cicatrice du sein gauche, on remarque une tumeur de la grosseur d'une demi-orange, tumeur indolore et rénitente. F. D..., prétend que déjà, au moment où elle était au troisième mois de sa première grossesse cette tumeur est apparue une première fois pour disparaître complètement au moment où ses règles sont réapparues après ses couches.

OBSERVATION VII

(Labbé, *Bull. Acad. de Méd.*, Paris, 1891, 3e série, XXVI, 154.)

Double hypertrophie mammaire.

Jeune fille de quatorze ans, réglée à douze ans ; deux poussées d'hypertrophie à huit mois d'intervalle, rien d'observé, de signalé par rapport aux menstrues.

Opération. — Ablation de seins pesant 3.500 et 3.900 grammes, on constate de l'hypertrophie fibreuse des lobules mammaires.

OBSERVATION VIII

Notice sur un cas d'hypertrophie mammaire, observé dans le service de M. le Dr Blanc (*Loire médicale*, 15 juillet 1892. Observation colligée par F. Choupin).

Cette affection est signalée, comme étant des plus rares ; elle a été décrite sous le nom de fibrome éléphantiasique, d'adéno-fibrome diffus de la mamelle. Il s'agit ici d'une hypertrophie du sein gauche survenue chez une jeune fille de quinze ans, au moment de l'établissement de la menstruation. Entrée à l'hôpital le 10 mars 1892.

Rien à noter du côté des antécédents héréditaires. Santé antérieure excellente. La menstruation établie depuis juillet 1891 a toujours été normale.

A ce moment de l'établissement des premières règles, la malade a remarqué que le sein gauche avait notamment et rapidement augmenté de volume,

Après la période cataméniale, le volume du sein a diminué, mais sans revenir à l'état antérieur. Depuis lors, le même fait s'est reproduit à chaque époque menstruelle ; c'est ainsi que procédant par poussées successives au moment des règles, le développement du sein a pris des porportions considérables. Jamais il n'a existé de phénomènes douloureux.

Actuellement, huit mois après le début de l'affection, le sein gauche forme une masse volumineuse, un peu aplatie, pendante, reliée au thorax par un pédicule. La mensuration donne les résultats suivants :

Circonférence maxima.

Partie moyenne du sein.....	o m. 42
Circonférence du pédicule.....	o m. 38
Hauteur.....	o m. 21

Le mamelon atrophié et l'aréole atrophiée se trouvent à la partie inférieure du sein. La peau non adhérente glisse facilement sur les tissus sous-jacents. On aperçoit des veines sous-cutanées formant de gros cordons bleuâtres. A la palpation, on sent à côté des parties molles des noyaux fibreux, durs, les uns sont arrondis, gros comme une mandarine, les autres aplatis forment de petits plastrons; leur surface est légèrement mamelonnée; ils sont mobiles sous la peau et glissent aisément les uns sur les autres. Pas d'engorgement des ganglions axillaires et sus-claviculaires.

La malade n'accuse aucune souffrance; gêne due au poids au volume du sein. Le sein droit bien développé, ne présente rien d'anormal, ni dans son volume, ni dans sa consistance; à la période menstruelle, il n'est le siège d'aucune turgescence.

Rien au cœur ni aux poumons. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Etat général très bon, aucun trouble digestif; pas d'amaigrissement.

15 mars. — Ablation pratiquée par M. le Dr Blanc. Le sein enlevé pèse 1525 grammes. Il forme une tumeur encapsulée, nettement séparée des parties voisines. La coupe est grisâtre, sèche, dure; la dureté se manifeste surtout au niveau des noyaux sentis à la palpation.

L'examen microscopique que nous devons à l'obligeance de M. Philippe, préparateur du laboratoire d'anatomie

pathologique à la Faculté de Lyon, nous révèle les faits suivants : la tumeur est surtout constituée par des faisceaux de tissu conjonctif, dense, adulte, avec peu de cellules. Mais au sein de ce stroma conjonctif, sont disposées des travées épithéliales, le plus ordinairement arrangées en acini glandulaires, à cellules cylindriques fortement granuleuses et ressemblant aux cellules glandulaires normales du sein. On a affaire à un adéno-fibrome.

OBSERVATION IX

(Sheen (A.). *Hypertrophy of left breast.* *Brist. med. Journal*, 1895, t. II, p. 11.)

A. C..., âgée de trente et un ans, admise à l'infirmerie le 24 avril 1888, avec une hypertrophie du sein gauche. La tumeur avait mis huit à neuf ans à atteindre son volume. C'était une hypertrophie générale avec mamelon normal et mobile; peau normale et mobile. Dimensions verticales de la tumeur : 13 pouces 1/2 ; dimensions horizontales : 17 pouces 1/2 ; à la base : 27 pouces 1/2 de circonférence; pas de douleurs.

Opérée le 25 avril, anesthésie par l'éther et section elliptique, antisepsie stricte, hémorragie relativement faible et surtout veineuse; la tumeur une fois enlevée pesait 7 livres et 1 once. Le 28 avril la température monte à 102 degrés F. La malade se leva quelques heures le 1er mai où l'on enleva les quatorze sutures ; presque toute la ligne d'incision était guérie. Sortie avec guérison le 23 mai.

OBSERVATION X

(Rottmann. *Fall von mamma hypertrophie*

Budapesti kir. orvosegyesület, 26 octobre 1895. — *Centralblat. f. Gynœkœl*, 1896, t. XX, p. 704.)

Jeune fille de quinze ans, vierge dont les deux seins ont acquis de grandes dimensions depuis quatre mois ; ils pendent comme pédiculés, jusqu'aux cuisses. Quelques lobes hypertrophiés peuvent être palpés, il n'y a ni fluctuation, ni tuméfaction véritable. Un peu d'anémie. L'auteur se propose d'essayer le traitement par les tablettes de thyroïde et en cas d'insuccès de faire l'ablation, aucun autre signalement n'est donné.

OBSERVATION XI

(Hutchinson (Y.). *On Hypertrophied and pendulons mammæ in Young Women Archiv. of Surgery*, 1897, N° III, p. 32.)

Jeune fille de quinze ans, non encore menstruée ; neuf frères et sœurs dont l'une semble avoir la même anomalie. L'hypertrophie a débuté à l'âge de treize ans ; elle était maigre, un peu faible et l'on entendait un souffle systolique à la gauche du sternum.

Les seins hypertrophiés étaient mobiles avec un certain nombre de lobules indurés mais un peu élastiques. En quelques points seulement la peau était adhérente à la

glande ; pas de sensibilité à la pression, mais parfois des douleurs et une grande gêne. On enleva le sein droit le 24 juillet 1894, et le gauche le 21 août de la même année, Chaque fois, la plaie guérit sans suppuration.

Ses seins hypertrophiés consistaient uniquement en tissu fibreux, en éléments glandulaires hypertrophiés ; il n'y avait pas de kyste. La mamelle droite pesait quatre livres (livres anglaises ?)

Deux années après l'opération, santé à peu près bonne. Les règles réapparurent six mois après l'opération et sont régulières depuis lors, sa sœur âgée de onze ans a certainement des mamelles volumineuses pour son âge.

OBSERVATION XII

(Fraenkel (E.), *Ueber diffuse hypertrophie beider Mammæ bei einer Virgo* (*Deut. med. Wochenschr.*, 1898, XXIV, p. 393).

M. K..., trente ans, vierge, vient le 6 avril 1898 à la polyclinique se plaignant d'une augmentation très rapide de ses deux seins depuis la mi-février. Première menstruation à dix-sept ans : depuis lors règles normales d'une durée de un à deux jours jusqu'à l'âge de vingt-deux ans. De ce moment (1891) jusqu'à la fin de 1897 aménorrhée sans symptômes trop pénibles ; en janvier 1898 retour des règles, puis de nouveau le 17 février mais très faiblement. C'est de ce jour que date le rapide développement des seins, qui s'était déjà passablement accru depuis le mois d'août 1897. En même temps faiblesse, manque d'appétit, anémie. Hymen intact.

Rétroversion d'un utérus atrophique, Hypertrophie diffuse des deux mamelles et surtout de la gauche. Pas de colostrum à la pression. Pas de nodosités, donc hypertrophie glandulaire diffuse vraie. L'opothérapie mammaire ne détermina aucune diminution des mamelles, mais l'état général devint meilleur, et la peau au niveau des mamelles devint simplement moins tendue, moins œdémateuse et moins sensible.

OBSERVATION XIII

(Johnston (G. B.), *A case of bilateral diffuse virginal hypertrophy of the breats* (*Archives intern. de chirurgie*, 1904, II, p. 115).

Jeune fille de seize ans chez laquelle l'hypertrophie avait débuté *à l'âge de douze ans*. L'accroissement avait d'abord été lent, mais un mois avant l'entrée de la malade à l'hôpital, il était survenu une poussée aiguë et le volume des seins était devenu tel que *la marche et la respiration en étaient notablement gênées*. Troubles cardiaques.

Après l'amputation la santé revint rapidement.

Diagnostic histologique. — Hypertrophie diffuse, à la fois fibreuse et parenchymateuse des deux mamelles. Adénofibrome isolé en connexion avec le sein gauche.

Au moment de la menstruation, à quatorze ans, les seins avaient atteint, chez la jeune fille en question, chacun le volume d'un poing, et c'est après la première menstruation que le développement devint plus rapide, *et à chaque période menstruelle les seins devenaient sensibles*. Un an avant son admission il y eut au sein droit, deux abcès qui

s'ouvrirent spontanément. Et c'est un mois avant l'admission à l'hôpital que le développement devint énorme.

OBSERVATION XIV

(Morestin, *Hypertrophie mammaire*, Société anatomique des hôpitaux, p. 682, juillet 1905.)

Affection à marche habituellement progressive, souvent rapidement progressive, à pronostic sérieux.

Malade, Maria G..., couturière, vingt-huit ans, de petite taille, maigre, chétive, sans grossesse, ni troubles menstruels antérieurs ; règles toujours normales ; antécédents : rien à relever, sauf une fièvre typhoïde.

Il y a deux ans, M^lle^ G... constate à la partie supérieure et externe de la mamelle droite, l'existence d'une sorte d'épaississement, de résistance inaccoutumée. Jusque-là, volume des seins subnormal ; peu à peu changement manifeste du côté du sein droit.

Quelques mois plus tard augmentation de la mamelle gauche, et l'hypertrophie des deux côtés devient symétrique.

Au moment des règles, des sensations douloureuses assez pénibles se montrent au niveau des seins. Malade nerveuse ; anesthésie laryngo-pharyngée, larmes bruyantes et interminables à l'occasion de prétextes futiles.

Saillie de chaque mamelle du volume d'une tête d'enfant de un an ; les téguments sont tendus sans présenter aucune altération ; pas de rétraction du mamelon. La palpation

permet de reconnaître que les deux masses mammaires sont assez souples, d'une résistance assez homogène (avec inégalités noueuses existant seulement à leur partie supéro-externe, et cela surtout du côté droit).

Au moment des règles, le volume des seins augmente encore. « Ni à ce moment, ni dans l'intervalle des périodes, il ne se produit aucun écoulement par le mamelon. Pas d'adénopathie. En présence de ces constatations, je songe à une hypertrophie mammaire diffuse... nous sommes, au moment de cet examen au mois de mai... Compression bien méthodiquement appliquée et la teinture d'iode à l'intérieur. »

La malade ne se prête que de mauvaise grâce au traitement, infidèlement suivi. Sur sa demande, opération pratiquée le 27 juin. Suites très bonnes. Le 20 juillet, sortie de l'hôpital, guérie.

A l'examen histologique : néoformation énorme, le tissu fibreux, avec acini atrophiés par place. Rien de particulier à signaler.

OBSERVATION XV

(Péraire, *Société anatomique*, mai 1907, p. 391.)

Hypertrophie graisseuse de la mamelle prise pour une tumeur maligne.

Femme venant consulter le 23 avril 1907 pour une tumeur du sein droit datant de quatre ans, la tumeur au début a été absolument indolente. Cette tumeur se serait produite après

un traumatisme. Depuis six mois, douleurs, tiraillements, surtout sous l'aisselle droite.

Le Dr Diot de Livry, consulté il y a deux ans, avait pensé qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne.

Actuellement, la tumeur du sein droit est indurée, volumineuse ; elle paraît plus diffuse au Dr Diot qu'il y a deux ans, et renferme un certain nombre de bosselures très dures. Les douleurs ont pour siège très net la tumeur.

Phénomène de la peau d'orange parfaitement marqué. Mamelon rétracté. Pas d'adhérences profondes ; ganglions dans l'aisselle correspondante.

Mme D... est de bonne santé habituelle. Jamais ni grossesse, ni fausse couche. Réglée à quatorze ans, la ménopause s'est établie il y a deux ans, sans autres troubles que quelques phénomènes nerveux. Ces phénomènes consistent en crises de dyspnée paroxystique avec évacuation aérienne très bruyante. Mme D..., a été opérée il y a six ans d'un lipôme situé à la partie moyenne du dos ; il persiste de ce fait une cicatrice cruciale assez déformée. Il existe actuellement et cela depuis quatre ans, un second lipôme, gros comme un œuf de dinde, à la face externe de l'épaule gauche.

La tumeur du sein nous paraît être aussi lipomateuse ; mais comme il existe un certain nombre de nodosités indurées dans la glande, qu'il y a de la douleur, de la rétraction du mamelon, des ganglions axillaires et les adhérences cutanées donnant lieu au phénomène de la peau d'orange, nous émettons la possibilité d'une néoformation mammaire.

Opération le 29 avril.

1er mai. — Premier pansement, suppression du drain. Suites normales, sortie de la maison de santé, le 8 mai.

A l'examen on trouve que c'étaient des lobules purement adipeux qui donnaient la sensation d'une tumeur maligne, indurée, avec production de lobules cancéreux saillants. Tissu glandulaire normal. Le tissu conjonctif des tractus fibreux périglandulaires, est normal ; il s'agit d'une *hyprtrophie graisseuse de la mamelle*.

II. — Observations d'hypertrophie mammaire au cours de la gestation

OBSERVATION XVI

Benoît (J.) et (E.) Monteils.)

Hypertrophie extraordinaire des mamelles, sur une folle, âgée de seize ans : état stationnaire pendant huit ans ; résolution spontanée très notable après le mariage et plusieurs grossesses (Académie des sciences de Montpellier. Mémoire de la section de médecine, 1877, v. 1-16, 1 planche Also, *Montpellier médical*, 1877, XXXVIII, 481-497, 2 planches.

L'hypertrophie s'étant établie dans le cours de dix-huit mois, après la troisième grossesse, volume presque normal.

OBSERVATION XVII

(Billroth, *Diffuse hypertrophie der Bruste Deutsche Chirurgie*, Lief 41, 1880, p. 69.)

L'auteur cite deux cas d'hypertrophie mammaire, un chez une jeune fille vierge de seize ans, et un au cours de la gestation.

Dans ce deuxième cas, il s'agit d'une femme âgée de vingt-deux ans. Premières règles à quinze ans ; depuis menstrues régulières. A dix-neuf ans, les seins grossissent fortement sans occasionner de douleur. Depuis cinq mois, cessation des règles. Le volume des deux mamelles est devenu si énorme qu'elles pendent au-dessous de l'ombilic ; grossesse au cinquième mois. Traitement par compression ; excoriation provoquée par les bandes. Erysipèle très intense. Avortement. Issue fatale.

OBSERVATION XVIII

(Monod. Soc. de Chir., 10 août 1881. *Gaz. des Hôp.*, 1881, p. 741).

Hypertrophie mammaire

M. Monod présente une femme enceinte de quatre mois, qui est atteinte d'une énorme hypertrophie des deux mamelles. C'est la troisième fois que cette femme est enceinte, et les deux premières fois elle a présenté, dans le cours de la grossesse, une très notable hypertrophie des deux seins.

Après l'accouchement ses seins ont repris un volume à peu près normal.

Actuellement amaigrissement, cachexie.

OBSERVATION XIX

(Speth, *Aerztl Int. Bl. München*, 1885, t. XXXII, p. 479, 501, 559.)
Ueber Algemeine hypertrophie der Brüstdrüse beim Weibe

Speth donne le résumé des cas de Chassagnac, Marié, Lotzbech, Billroth, 1880.

Hypertrophie de la mamelle droite, chez une femme de vingt-six ans.

(Cas de l'auteur)

J.N..., vingt-six ans, fièvre typhoïde à huit ans ; à l'âge de dix ans tuméfaction ganglionnaire subite du cou avec dyspnée, incision pratiquée par un médecin ; cet état morbide dura quatre ans.

La première menstruation a eu lieu à seize ans ; il n'y eut qu'une trace de sang et absence des règles ensuite. En revanche, palpitations, dyspnée et abondante expectoration, gonflement de l'abdomen, grande faiblesse. L'état empirait toujours aux époques où devaient se produire les règles. Elles ne reparurent qu'au bout de deux ans, donc à dix-huit ans, et durèrent deux jours: Nouvelle suppression. Chlorose intense qui ne disparut qu'au bout de deux ans. A vingt ans nouvelle apparition des règles, régulières à partir de ce moment. Développement normal des seins, sans différence entre les deux.

A vingt et un ans, la malade se marie, et dès le premier mois elle ressentit de temps à autre une douleur dans le sein droit et celui-ci se mit soudain à augmenter de volume avec de violentes douleurs ; tous les moyens employés échouèrent ; les douleurs étaient insupportables, la malade n'éprouvait un peu de soulagement qu'en relevant avec force, au moyen d'une large bande en toile, le sein. Cet état persista jusqu'à la naissance d'une petite fille ; accouchement et couches normaux ; mais le sein continua à se développer, surtout pendant les derniers mois de la grossesse et pendant l'état puerpéral ; impossible d'obtenir de lait de cette mamelle ; l'enfant ne pouvait y boire à cause de la rétraction du mamelon ; la malade n'allaita pas son enfant, même avec la mamelle saine.

Trois semaines après l'accouchement le sein commença à diminuer de volume ; au bout de huit semaines réapparition des règles et diminution rapide du volume de la mamelle, sans toutefois qu'elle revint aux dimensions qu'elle avait au moment de l'état virginal ; elle resta constamment plus volumineuse que la gauche. Peau plissée à ce niveau. A vingt-deux ans nouvelle grossesse. Dès le premier mois, le sein droit commence à grossir, avec les mêmes violentes douleurs, avec douleurs également dans la région du bas-ventre ; accouchement normal. L'enfant, un garçon, meurt peu après (on n'indique pas de quelle maladie).

Cette fois encore le développement de la glande fut très rapide à la fin de la grossesse, pour décroître comme la première fois, mais en restant cette fois plus volumineux qu'après la première grossesse. A vingt-trois ans, troisième grossesse ; mauvaise grossesse comme la seconde ; nouveau

développement de la glande avec douleur, accouchement normal ; on essaye de faire boire le nouveau-né au sein gauche, mais soudain la mamelle droite prit un développement énorme, devint bleue, dure et extraordinairement douloureuse. La tension alla en augmentant et la malade ne put bientôt plus mouvoir son bras droit ; pas d'écoulement de la glande. Amélioration par soins médicaux, et allaitement supprimé.

Au bout de quelques jours disparurent dureté et tension ; la tuméfaction diminua, mais la mamelle resta plus volumineuse qu'après la deuxième grossesse.

A vingt-quatre ans, quatrième grossesse pendant laquelle la malade resta bien portante, le sein commença de nouveau à grossir, mais il n'y eut pas de douleur cette fois. Accouchement normal, la tuméfaction diminue avec la réapparition des règles tout en restant plus considérable qu'après la troisième grossesse.

Dans toutes les grossesses la peau, au dire de la malade, était solidement adhérente au tissu glandulaire sous-jacent et ne pouvait être plissée ; la couleur de la peau était d'un rouge bleuâtre faisant contraste avec le blanc des parties avoisinantes.

Actuellement la malade âgée de vingt-six ans est au huitième mois de sa cinquième grossesse et a été bien portante jusqu'à présent ; le sein a de nouveau grossi, mais sans occasionner de douleurs. Mais il est très gênant par son poids et son volume et par suite douleurs dans le bras et l'épaule droite. La malade laisse pendre le sein et ne le fixe au thorax qu'au moyen d'un vêtement de dessous plus étroit. Pas d'antécédents héréditaires, grands parents morts à un

âge très avancé, parents vivants et bien portants de même qu'une sœur. Les enfants bien portants, sauf le premier qui est un peu malade depuis six mois.

État actuel. — Malade petite, modérément musclée, d'apparence assez robuste. Du côté droit du cou, un certain nombre de cicatrices ainsi que du côté gauche provenant de ganglions supprimés. Épaule droite plus basse que la gauche ; clavicule droite presque horizontale, mamelle droite extraordinairement hypertrophiée s'étend jusqu'à l'épine antéro-supérieure de l'os iliaque. Elle est piriforme plus étroite à la base environ, du volume d'une tête d'enfant et se laisse facilement déplacer. Pédicule assez étroit. La peau est blanche et seulement rougeâtre par places, on peut facilement la plisser et elle n'est pas adhérente au tissu glandulaire sous-jacent. Sous la peau, un réseau veineux apparent, très dilaté, serpente et s'étend jusqu'à la clavicule et dans l'aisselle.

Aréoles foncées, allongées et ridées. Mamelons petits, dépassant à peine le niveau de la peau. Entre le sein et le thorax, intertrigo. Au toucher le tissu glandulaire est ferme, comme granulé par places. Par un palper plus soigneux, on peut reconnaître quelques grosses nodosités solides, non douloureuses, dont quelques unes ne sont pas entièrement isolables ; il en existe six dont la plus petite présente les dimensions d'un œuf d'oie.

A la pression, il ne sort pas de colostrum, le palper est sans douleur, les ganglions axillaires ne sont pas tuméfiés. La malade se plaint surtout du poids de sa mamelle, assez souvent elle y ressent des douleurs lancinantes, le réseau veineux ne fit que se développer davantage mais la peau resta généralement blanche. De la mamelle gauche s'écoule

du colostrum, on n'obtient rien de la mamelle droite : pas d'allaitement. Le quatrième jour de l'état puerpéral, le sein s'accrut si rapidement et devint si lourd que la malade qui s'était levée le troisième jour dût se recoucher. A l'examen elle paraît très anémique, se plaint d'être très faible et de ressentir des douleurs intolérables dans le sein. Ce dernier a pris maintenant un développement énorme. La peau lisse et luisante, excessivement tendue présente une coloration rougeâtre foncée et par places livide, les plis cutanés sur la ligne axillaire et au niveau du sternum sont effacés par le développement de la mamelle. Le réseau veineux très dilaté présente au niveau des vaisseaux les dimensions d'un crayon et même un diamètre plus grand. Mamelon rétracté, aréole très large, rides effacées.

Le sein est très dur, excessivement douloureux, la peau se montre fortement adhérente au tissu glandulaire sous-jacent. Les nodosités précitées se sont accrues d'un tiers, elles sont immobiles, adjacentes les unes aux autres, d'une dureté extrême et très douloureuse. Le pédicule et la base sont devenus très larges ; la plus grande circonférence au niveau du mamelon est de 64 centimètres. Ganglions axillaires tuméfiés, sans douleur aucune ; pas de sécrétion au niveau de la glande malade, celle-ci peut bien peser environ 20 livres au plus. En raison de ce poids énorme comprimant le thorax, la malade respirait péniblement ; on lui fait prendre dans le lit une position demi-assise et on suspend le sein au moyen de bandes et d'oreillers. Vessie de glace, fortifiants. Le deuxième jour, un laxatif. Au sixième jour après l'accouchement, le sein perdit en volume et en dureté, la rougeur et la tension diminuèrent, les douleurs rétrocédèrent, et au

huitième jour, le sein avait repris le volume qu'il avait immédiatement après l'accouchement.

Depuis lors, diminution graduelle de volume, surtout après la réapparition des règles et cette fois encore le sein resta plus volumineux qu'après la précédente grossesse. Depuis lors, l'état de la malade est bon.

OBSERVATION XX

(W. Kohlgrüber, *Aus Olpe Ueber hypertrophie der weiblichen Brust drüse Würzburg*, 1889. *Dissertation inaugurale.*)

M. W..., vingt-six ans, célibataire, entre à l'hôpital le 13 novembre 1888; *menstruée à dix-neuf ans*, pendant deux ans, *règles irrégulières et douloureuses*. Vers la fin de juillet 1888, la malade accouche; allaitement douloureux; l'enfant meurt de chorée au bout de sept semaines; la malade avait eu une attaque d'apoplexie à l'âge de quatorze ans; bras droit entièrement paralysé, jambe gauche partiellement; à seize ans, rougeole, en mars 1888, inflammation pelvienne.

L'hypertrophie de la mamelle débuta soudainement à l'âge de dix-huit ans, avec violentes douleurs. Au bout de quelque temps, l'augmentation de volume s'arrêta et depuis lors les deux mamelles sont du volume d'une tête d'enfant, pendantes, douloureuses et gênant la malade dans ses occupations.

Après son accouchement, il y a eu mastite gauche; mais la suppuration ne s'établit qu'au bout de cinq semaines; c'est

alors que la malade entra dans la section chirurgicale le 13 novembre 1888.

Toutes les fonctions sont régulières, même la menstruation. Dans le quart supérieur externe du sein gauche, une tumeur ronde, d'environ 10 centimètres de diamètre, présentant à ce niveau une peau rouge et luisante, très chaude au toucher. La peau est adhérente. On ne peut isoler la tumeur du parenchyme glandulaire, mais toute la masse se déplace facilement avec la glande. Fluctuation nette, palpation très douloureuse. Les deux mamelles sont pendantes, volume d'une tête d'enfant, mamelons rétractés, aréoles très pigmentées. Outre la tumeur précitée, on sent par le palper, dans les deux mamelles, des nodosités dures et indolores. Légère cyphose lombo-dorsale.

13 septembre 1888. — On opère la tumeur de la mamelle gauche et on obtient la guérison. A cause de douleurs irradiantes, vives et persistantes dans les deux mamelles, on se décide à faire l'amputation d'abord de la mamelle gauche ; elle est opérée le 9 novembre 1888, par le professeur Schœnborn.

24 novembre. — La cicatrisation est faite ; le 1er décembre, la guérison est complète. Mais les douleurs de la mamelle droite persistent et la malade en demande l'amputation.

15 décembre. — La malade se plaint de vives douleurs dans la région lombaire au point où le rachis est incurvé à droite. Abdomen gonflé, diarrhée ; pas de règles depuis six semaines, elles apparaissent le 29 décembre et les douleurs diminuent ; 31 décembre, très forte hémorragie menstruelle.

2 janvier 1889. — Les douleurs lombaires persistent. Le

19 février 1889, amputation de la mamelle droite. Le 2 mars, on enlève les dernières sutures ; le 11 mars, la malade sort guérie.

Examen anatomique de la tumeur. — La tumeur présente un développement énorme de graisse non seulement dans le tissu sous-cutané et sous-glandulaire, mais encore dans la glande elle-même. Dans le tissu conjonctif, çà et là des modosités dures dont les dimensions atteignent jusqu'au volume d'un œuf de pigeon; pas de kystes.

Examen microscopique. — Tissu conjonctif partout très développé, quoique généralement de structure normale. Çà et là il forme des masses homogènes avec apparence fibrillaire à peine indiquée et quelques rares noyaux ovales, indication de la présence de cellules fusiformes. La marche progressive du processus dégénératif du tissu conjonctif semble s'être arrêtée à un moment donné, car nulle part on ne trouve de formes de passage entre les petites cellules de tissu conjonctif rondes, les cellules fusiformes et les fibrilles.

La substance glandulaire propre, a presque entièrement disparu de certains points devant l'envahissement graisseux et conjonctif. Ailleurs, cette substance se rencontre presque normale. L'épithélium cylindrique présente plusieurs couches cellulaires ; les parois des conduits secréteurs sont complètement adhérentes avec le tissu conjonctif environnant. Vaisseaux rares.

OBSERVATION XXI

(Dubard, *Bulletin médical du Nord*, 1892, p. 550.)

Hypertrophie de la mamelle

Mme Marie X..., âgée de vingt-huit ans, entre à la maison de santé de la Charité, le 18 février 1892, pour une volumineuse grosseur du sein gauche, qui l'incommode et l'inquiète beaucoup.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels à signaler. La menstruation s'est établie chez elle à quatorze ans et a toujours été depuis normale et régulière. Un an plus tard, Mme X... aperçoit que le sein gauche était un peu plus gros que le droit. La différence de volume entre les deux seins s'est accentuée peu à peu en sorte qu'il y a quatorze mois, à l'époque de son mariage, le sein gauche présentait un volume double de celui du droit qui, d'ailleurs, était assez peu développé. Au bout de deux mois de mariage, elle devient enceinte. Au cours de sa grossesse, la mamelle gauche augmente dans des proportions considérables ; accouchement à terme, le 14 novembre 1891 ; enfant bien constitué, pesant 7 livres.

Malgré ses sensations de fatigue, et un amaigrissement considérable remontant à plusieurs mois, elle se décide à nourrir son enfant, espérant que la lactation amènera une diminution dans le volume de la mamelle gauche. L'enfant mis au sein des deux côtés, il y a du lait à droite comme à gauche, mais surtout à gauche. L'enfant arrivait assez difficilement à saisir le mamelon gauche qui est étalé et aplati ; le lait, au dire de la malade, coulait d'une manière continuelle

de ce côté et inondait ses vêtements. Cependant, en dépit de sa sécrétion abondante, il n'y a pas de diminution de volume de cette glande gauche. Au contraire, celle-ci ne fait que s'accroître dans des proportions inquiétantes. Sur le conseil de son médecin Mme X..., deux mois après l'accouchement, vers le milieu de janvier 1892, sèvre son enfant et cherche à faire passer son lait.

Les moyens ordinaires employés en pareil cas, suppriment la sécrétion dans le sein droit, mais ne font que la diminuer dans le sein gauche, qui continue toujours à s'accroître.

C'est dans ces conditions qu'un mois plus tard, le 18 février 1892, Mme H... se présente à mon observation à la Maison de santé.

Cette femme, amaigrie, souffreteuse, les traits tirés, très pâle, marche avec peine, l'épaule gauche abaissée, le tronc incliné en avant, les deux mains passées au-dessous de son sein gauche qu'elles soutiennent à travers les vêtements.

La mamelle, découverte, a une forme ovoïde, sans bosselure, à grosse extrémité dirigée en bas, elle couvre toute la moitié gauche du thorax et déborde celui-ci à gauche, forçant le bras correspondant à s'écarter du tronc. Son extrémité inférieure descend au-dessous de l'ombilic. En la prenant dans les mains et en la soulevant, on constate qu'elle est très pesante, mobile en tous sens, et rattachée à la partie supérieure et gauche du thorax par un pédicule large et relativement peu épais. Sa circonférence prise au niveau du mamelon, qui se trouve en bas et en dedans, regardant l'ombilic, est de 90 centimètres.

La peau qui la recouvre, fortement distendue, est le siège de quelques vergetures; elle est mobile sur les parties sous-

jacentes. A la partie supérieure de la tumeur, on voit trois groupes de veines qui aboutissent au niveau du pédicule à trois troncs du volume du petit doigt. Ces trois énormes veines remontent vers le cou, pour s'anastomoser avec la veine jugulaire antérieure et la veine jugulaire externe gauche.

Sa consistance est généralement ferme, presque dure. Dans l'aisselle, on ne sent aucun ganglion engorgé.

Les renseignements très précis fournis par la malade, la marche de l'affection, les caractères objectifs de la tumeur, joints à une indolence complète, nous font immédiatement songer à une hypertrophie de la mamelle. On ne pouvait hésiter qu'entre cette affection et un galactocèle. Mais, dans le galactocèle, on rencontre en des points mous correspondant à des kystes laiteux dans l'intérieur de la glande, un empâtement localisé dans lequel le doigt laisse une empreinte caractéristique. Or, ces signes font ici complètement défaut.

D'ailleurs, la malade, intelligente, est très affirmative. C'est peu après l'établissement de la menstruation que le sein gauche a commencé à prendre des proportions plus grandes que le sein droit. Il s'agit donc bien d'une hypertrophie développée au moment de la puberté.

La malade demande à être débarrassée d'une affection qui, sans la faire souffrir, altère sa santé générale, l'affaiblit, l'oblige à mener une vie sédentaire et gêne même son sommeil par la compression que la tumeur exerce sur le thorax. Comme toutes les médications employées jusqu'ici n'ont jamais pu faire rétrograder ces hypertrophies ni en arrêter la marche, je conseille l'amputation du sein qui est acceptée.

L'opération fut pratiquée le 23 février. Je pris la précau-

tion de sectionner entre deux ligatures les trois grosses veines qui se trouvaient dans le pédicule de la tumeur. Je rencontrais beaucoup d'artères de petit calibre, une seule d'un volume moyen. La cicatrisation de la plaie se fit par première intention, sans incident.

La malade est sortie guérie, et ayant trouvé une notable partie de ses forces, le 23 mars. Je l'ai revue à la fin d'octobre. Elle se porte bien et est de nouveau enceinte. Elle est revenue me voir parce que, depuis qu'elle est enceinte, elle ressent des picotements dans l'extrémité externe de la cicatrice. J'ai constaté en ce point un très léger gonflement et un peu de rougeur. Une parcelle du tissu de la glande a probablement échappé au moment de l'opération. Sous l'influence de la grossesse, cette petite portion de tissu mammaire est devenue turgescente et a amené un peu de gonflement dans la partie externe de la cicatrice. J'ai engagé mon opérée à attendre et à se présenter de nouveau à mon examen dans un mois.

Examen anatomique et histologique

La pièce enlevée pesait plus de 9 livres. Sur une coupe divisant la tumeur en deux parties et passant par le mamelon, on constate que le tissu, d'un gris rose, est ferme. Cette consistance est uniforme, sauf en quelques points où se montrent de petites cavités remplies d'un liquide jaunâtre. En se rapprochant du mamelon, on aperçoit des canaux galactophores, dont quelques-uns, dilatés, admettent facilement un stylet de trousse.

Sur des coupes histologiques, on voit, suivant les régions,

des bandelettes épaisses de tissu fibreux parcourues par des vaisseaux ou de nombreux acini dilatés. En certains points, des canaux galactophores sont distendus et en voie de transformation kystique. Les rapports réciproques des éléments constitutifs de la glande mammaire sont conservés. Les acini sont très nombreux, et le tissu fibreux, qui les sépare, est beaucoup plus abondant que dans la glande normale. On ne peut pas dire qu'il s'agit là d'un adéno-fibrome diffus, car toutes les parties de la glande ont pris un développement anormal. Il est préférable d'admettre un vice de développement, une simple hypertrophie.

OBSERVATION XXII

Schussler (F.), *Ueber hypertrophie der weiblichen Brustdrüse. Arch. f. Klin. Chir.*, 1892, XLIII, p. 403.)

Femme de trente et un ans, première menstruation à seize ans, suivie d'une seconde au bout d'un an, puis régulièrement.

Au premier mois de la grossesse, fort accroissement des mamelles jusqu'au sixième mois, et à partir de ce moment, état stionnaire. Depuis trois mois, il s'écoule du colostrum. Sein gauche plus volumineux que le droit, amaigrissement, dyspnée. Après l'accouchement, accroissement de volume du sein jusqu'au troisième jour. Au moment de l'affluence du lait (troisième jour), qui dura encore trois jours, les seins diminuèrent de volume graduellement jusqu'à production d'une nouvelle grossesse où ily eut un temps d'arrêt.

OBSERVATION XXIII

Herczel. (E.), *Fall Von mamma hypertrophie. Kozkortazi orvos tarsutat*, 10 janvier 1894. *Centralbl. of Gynœk*, 1894, VIII, p. 1150.)

Femme de vingt-neuf ans ; primipare. Au deuxième mois de la grossesse, les mamelles commencèrent à s'hypertrophier, et, au bout de six semaines, tombaient déjà jusqu'à la symphyse ; dans la position assise, elles atteignaient les cuisses.

Dans l'aisselle gauche : mamelle accessoire, déjà des dimensions d'un poing et demi. Aux parties les plus profondes des deux seins, se forma un décubitus. Ni fluctuation, ni tumeur indurée, ni douleur, ni sensibilité.

OBSERVATION XXIV

Anthony (F. W.), *Diffuse hypertrophy of the breasts. Boston, medical a. surgical Journal*, 1895, CXXXIII, p. 185).

La malade, dont le Dr J. C. Warren a parlé dans le journal du 3 août 1893, comme ayant de l'hypertrophie diffuse des seins, redevint enceinte pour la troisième fois et c'est le Dr Anthony qui l'observa. Les mamelles qui étaient devenues moins volumineuses après les secondes couches, augmentèrent de nouveau jusqu'à la deuxième semaine avant le troisième accouchement.

On observe une ébauche de mamelon sur la tumeur dans l'aisselle droite (la tumeur s'était hypertrophiée vers l'aisselle.) Un mamelon, accessoire à la surface inférieure du sein

gauche, était entouré d'une aréole foncée. L'hypertrophie dans l'aisselle gauche était environ d'un quart en volume de ce qu'était la tumeur du côté droit.

L'accouchement surveillé par le Dr Atwood, en mon absence, fut normal, de même que la convalescence ; contrairement à la méthode que l'on avait suivie à la naissance du second enfant, on permit l'allaitement, ce que la femme avait demandé, ayant perdu ses deux autres enfants, et cela se fit sans complications. Deux mois après la délivrance, les seins étaient revenus au volume qu'ils avaient avant la grossesse.

OBSERVATION XXV

(Hamilton (J.-B.), *A case of hyperthrophy of mammary glands* (*Journ. amer. med. associat.*, 1895, t. XXIV, p. 358.)

Femme de trente-deux ans, se maria à vingt-quatre ans. Menstruation établie en temps normal. A seize ans, douleurs vagues dans les seins. Au sixième mois de sa première grossesse, les seins augmentent de volume et deviennent douloureux. Deux jumeaux à huit mois. Au bout de quinze jours, les seins sont revenus à leur volume normal.

Deuxième grossesse. Les seins commençent à grossir au deuxième mois, sans atteindre le volume de la première grossesse. Peut allaiter son enfant, ce qui fut impossible après la première grossesse. Immédiatement avant la troisième grossesse, en 1893, les seins commencent à augmenter de volume pour la troisième fois. Avortement à cinq mois.

Seins énormes ; le sein droit enlevé le 21 juillet 1894, le sein gauche le 11 août suivant.

Hypertrophies simples.

OBSERVATION XXVI

Donati (C.), *Ueber einen Fall von hypertrophie weilblichen Brustdrüse (Centralbl. F. Gynœkol.*, 1900, XXIV, p. 213.)

Femme de dix-neuf ans, nullipare et chlorotique à quinze ans, affirme avoir déjà eu des seins très développés dans son enfance. Première menstruation à dix-sept ans, plus tard règles faibles, deux-trois jours de durée. L'année suivante menstruation irrégulière. Du moment de la puberté, la malade constata un accroissement de volume rapide des seins qui, au bout de un mois et demi à deux mois atteignit son maximum. Stationnaire ensuite.

Se marie le 2 décembre 1899. Règles disparues depuis le milieu de janvier 1900. Pendant les deux mois suivants les seins devinrent plus tendus et plus durs. Le 11 mai, hémorragie, gros caillots, puis œdème, néphrite, albumine. Accouchement prématuré provoqué.

Trois semaines après l'accouchement on ne peut faire sortir du lait des mamelles. Malade sortie, n'a pas été revue.

L'auteur, en l'absence de nodosités ou indurations, et en raison du développement symétrique, a diagnostiqué une hyperplasie vraie.

OBSERVATION XXVII

Engländer (B.), *Ein Fall von einseitiger diffuser Brustdrüsen hypertrophie bei einer Frau* (*Wien. Klin. Wochenschrift*, 1901, XIV, p. 65).

Femme de trente-trois ans, mariée depuis quatre ans. Sa mère a le sein droit plus développé que le gauche. Réglée depuis l'âge de treize ans : règles régulières, de huit jours de durée. A partir de vingt ans, période moins abondante : cinq à six jours, anémie, vertiges.

Dès l'enfance, paraît-il, le sein droit se mit à grossir. Cette tuméfaction s'accentue à la première gestation, plus encore à la seconde. Dans l'intervalle il y avait eu diminution légère. Au cours de la deuxième gestation le développement avait été très rapide, surtout pendant les derniers mois. La mère allaite avec le sein gauche mais pauvrement. Le sein droit est uniformément élastique, sans fluctuation, ni induration. La malade refusa l'opération.

OBSERVATION XXVIII

Fogès, *Diffuse hypertrophie der Mamma* (*Gesellsch. d. Aerzte in Wien*, 15 février 1901. *Wien. med. Wochenschr.* 1901, L. 1, col. 385.)

Femme de dix-huit ans, chez laquelle les mamelles prirent un développement énorme dans les premiers mois de la grossesse. La cachexie croissante de la malade rendit l'amputation

nécessaire ; ensemble les deux mamelles pesaient 12 kilo grammes. Au microscope, hypertrophie diffuse. Dans les aisselles, il s'est formé par hypertrophie de petites glandes mammaires aberrantes, des tumeurs du volume d'un poing. Observation intéressante au dire de l'auteur, parce que l'opération fut pratiquée pendant la grossesse.

OBSERVATION XXIX

Grasmuck (A.), *Ein weiterer Fall von hypertrophie der weiblichen Brustdrüse (Centralbl. f. Gynækol*, 1901, XXV, p. 6.)

Femme de dix-huit ans, déclare se trouver au dernier mois de la grossesse. Premières règles à seize ans. Les règles duraient quatre à cinq jours.

S'est mariée il y a dix mois ; règles absentes deux mois après le mariage. Au deuxième mois de la grossesse premiers indices d'une tuméfaction des mamelles. Elles ne deviennent gênantes que par leur poids.

Accouchement normal. Les seins ont diminué, ne donnent que peu de lait. Elle nourrit son enfant au moyen d'un verre aspirateur. Diminution graduelle des seins. Caractéristique : l'accroissement de volume des mamelles fut très graduel et la décroissance est graduelle également.

OBSERVATION XXX

(Symens (P.), *Ueber einen Fall von diffuser beiderseitiger Mamma hypertrophie. Inaug. Dissertation Göttingen*, 1901.)

Femme de trente-deux ans, réglée depuis l'âge de vingt ans, régulièrement, mais avec monstrues peu abondantes; se marie à vingt-sept ans. En décembre 1896, premier accouchement ; il paraît que les seins étaient, à cette époque, aussi développés qu'ils le sont actuellement avec des nodosités dures.

En décembre 1896, mammite gauche, une incision laisse écouler beaucoup de pus ; elle allaite l'enfant avec la mamelle droite pendant neuf mois ; à partir de ce moment, le volume des seins diminue jusqu'à redevenir normal.

Les seins recommencent à grossir en février 1900. Cette femme entre à la clinique chirurgicale en avril 1900. La malade déclare qu'elle n'est plus menstruée depuis le mois de janvier 1900 et se croit enceinte. Elle accoucha, paraît-il, en août 1900, normalement.

Lors de sa présence à l'hôpital en avril, les seins avaient à peu près les dimensions d'une tête d'homme. Au-dessous de la mamelle gauche, petit mamelon accessoire, exactement situé sur la ligne mammillaire. Le 10 avril 1900, amputation du sein droit. Le 30 avril, amputation de la mamelle gauche.

L'auteur n'a rien trouvé de particulier en tant qu'anamnèse familiale et individuelle.

L'hypertrophie était ici simple, diffuse, pour les deux mamelles.

OBSERVATION XXXI

(Rosinski, cité par Symens.)

Hypertrophie mammaire bilatérale

Femme de vingt-huit ans, au sixième mois de la grossesse, c'est la quatrième récidive d'hypertrophie qui toujours disparut dans l'état puerpéral.

OBSERVATION XXXII

(Wisshaupt (F.), *Ein Fall von hypertrophie der Brustdrüse in der Graviditæt* (*Prager med. Wochenschr.* 1908, XXXIII, p. 359.)

Femme de vingt-huit ans, entre à l'hôpital le 5 mars 1902. Menstruation du type normal; antérieurement avec un à trois jours de durée. Ses mamelles commencèrent à s'hypertrophier il y a trois ans et quatre mois, pendant la deuxième grossesse.

A partir du cinquième mois de la grossesse, le volume s'accrut constamment; la femme s'affaiblit de plus en plus, et, au septième mois, dut même rester presque entièrement alitée. Accouchement artificiel provoqué, à la suite duquel les seins diminuèrent de volume.

Actuellement, la malade est au quatrième mois d'une troisième grossesse, et elle s'affaiblit de plus en plus. Les deux mamelles sont hypertrophiées dans leur totalité, uniformément, la malade demande l'ablation.

15 mars 1902. — Enlèvement de la mamelle droite. Le

22 mars, enlèvement de la mamelle gauche. Sort guérie le 13 avril 1902 sans que sa grossesse eût été troublée par l'opération.

Elle accouche au terme normal. L'intéressant, d'après l'auteur, c'est que l'ablation des seins a été faite pendant la grossesse ; c'était le second cas de ce genre connu. Le premier cas est celui de Fagès.

OBSERVATION XXXIII

(Lentz ; *Hypertrophia mammæ Unterelsässischer Aerzterer zu Strassburg*, 29 janvier 1910. *Münchener med. Wochenschrift*, 1910, LVII, p. 435).

Primipare de trente-deux ans, chez laquelle cette affection rare se présenta dans les premiers mois de la grossesse. Les mamelles finirent par pendre jusque sur les cuisses ; mais les douleurs devinrent si violentes, avec insomnie, amaigrissement, qu'il fallut procéder à une opération.

L'auteur pratiqua l'ablation des deux seins en une seule séance : la guérison eut lieu par première intention. Il n'y avait pas de colostrum dans les glandes. La grossesse s'est poursuivie normalement jusqu'à présent.

OBSERVATION XXXIV

(Tatchell (W. A.) ; *Hypertrophy of the Mamma, male and female ; New-York méd. Journal*, 19 février 1910, p. 388.)

Chinoise de vingt ans ; délicate, menstruée depuis l'âge de dix-sept ans, mariée depuis trois ans. Ni enfant, ni

avortement. Menstruation régulière jusqu'il y a sept mois où elle devint irrégulière, moins abondante et où il eut leucorrhée. Il y a quatre mois toute menstruation cessa, mais la leucorrhée a persisté.

Depuis neuf mois augmentation de volume rapide des mamelles qui deviennent dures, sans douleur ; grande gêne par le poids des mamelles.

Mamelle gauche enlevée d'abord, pesant 10 livres 12 onces ; composée de masses irrégulières, de tissu fibreux, de stroma et de graisse en grande quantité.

Le troisième jour après l'opération, la malade fut surprise de découvrir un fœtus dans son lit ; il avait trois mois. Trois jours après, la mamelle restante devint moins dure et on put en exprimer une bonne quantité de lait. Cette sécrétion de lait continua jusqu'à l'extirpation. Même structure que la mamelle gauche.

OBSERVATION XXXV (Personnelle)

(Baudelocque, 1910, n° 591.)

M. D..., IV-pare, âgée de quarante ans. Rien de particulier à signaler dans les antécédents héréditaires de cette femme. Son père est mort à soixante-huit ans et sa mère à soixante-dix ans. Elle a une sœur et deux frères vivants. Deux autres frères sont morts, l'un à l'âge de vingt ans, des suites d'une hémoptysie foudroyante ; l'autre de bacillose pulmonaire, quatre ans après une fièvre typhoïde.

Cette femme est née à Montreuil (Pas-de-Calais).

Elle fit ses premiers pas vers l'âge de onze mois et a toujours bien marché depuis. Les premières règles appa-

rurent à quatorze ans. Elles étaient régulières et d'une durée de 4 à 5 jours. A cette époque, M. D... quitte Montreuil et va demeurer à Arras. Selon son dire « elle était belle fille, sa gorge était très developpée » aussi lui en faisait-on la remarque fréquemment dans son entourage.

Elle eut ses premiers rapports à l'âge de dix-neuf ans. Elle avait vingt ans, lors de sa première gestation qui évolua normalement. A vingt-quatre ans, elle éprouva une faiblesse générale, avec léger amaigrissement et de violentes palpitations cardiaques. A vingt-neuf ans, elle est atteinte d'une congestion pulmonaire qui dure sept semaines. Jusqu'alors la femme vivait à la campagne et s'occupait des travaux des champs. Se sentant trop faible pour continuer un tel labeur, elle se mit à travailler chez elle pour le compte d'une entreprise de confections : mais le piquage à la machine l'ayant par trop fatiguée, elle abandonna ce dernier métier pour ne plus s'occuper que de son ménage, à Argenteuil, où elle habite actuellement.

Dans les habitudes de sa vie, qui est simple et régulière, on ne peut que soupçonner un léger degré d'alcoolisme.

Le père de ses quatre enfants est âgé de quarante-six ans. Il travaille dans une métallurgie. Il n'aurait pas d'antécédents pathologiques, Ethylisme (?)

Par l'interrogatoire, on n'obtient aucun renseignement au sujet de la spécificité.

Gestations antérieures :

La première gestation se termina le 1er juin 1890 par l'expulsion spontanée d'un fœtus à terme se présentant par le sommet. Garçon, vivant, élevé au biberon par une nourrice connue de la mère, résidant dans le Pas-de-Calais. Pre-

mières dents à huit mois; premiers pas à onze mois. Retour des règles six semaines après l'accouchement.

La deuxième gestation, se termina en mars 1900 par l'expulsion spontanée au cours du huitième mois, d'un fœtus se présentant par le sommet. Fille nourrie au sein maternel exclusif, morte à l'âge de douze jours de purpura hémorrhagique ? Retour des règles quatre semaines après l'accouchement.

La troisième gestation se termina le 27 juillet 1901 par l'expulsion spontanée d'un fœtus à terme se présentant par le sommet. Garçon vivant, élevé au sein maternel exclusif pendant onze mois, puis au sein et avec des bouillies pendant dix mois. Premières dents à sept mois et demi; premiers pas à quatorze mois.

Retour des règles, dix-huit mois après l'accouchement.

C'est au cours de la quatrième gestation que la femme vint consulter M. le professeur Pinard à la clinique Baudelocque. Les dernières règles dataient de la fin du mois de juin 1909; elles auraient été plus abondantes qu'à l'ordinaire. Cette gestation se termina à la clinique Baudelocque le 7 avril 1910 par l'expulsion spontanée d'un fœtus à terme, se présentant par le sommet (O. I. G. A.). Garçon vivant (au 5 mai 1910) nourri au sein d'une nourrice et avec du lait stérilisé.

Le volume exagéré de ses deux seins gêne beaucoup la femme. Elle vient pour consulter M. le professeur Pinard à ce sujet. Les renseignements qu'elle fournit sur l'évolution de sa maladie sont les suivants : (15 novembre 1909)

Durant toute sa jeunesse elle eut, ainsi qu'elle s'exprime, une « forte poitrine », mais n'observa rien d'anormal jusqu'à l'époque de sa deuxième gestation, qui évolua dix ans après

la première et se termina par un accouchement prématuré au cours du huitième mois. Le produit de cette conception étant mort douze jours après son expulsion, la femme dut employer les moyens en usage pour tarir la sécrétion mammaire. Ses seins devinrent mous et flasques, aussi les comparaissait-elle « à deux grandes poches de peau ». L'année suivante (1901) trois jours après le troisième accouchement, pendant la période de la montée laiteuse, les deux seins, en particulier le gauche, seraient devenus aussi volumineux qu'on le constate actuellement et cela en un court espace de vingt-quatre heures. Dès que la femme commença l'allaitement régulier, ils diminuèrent sensiblement. Au bout de trois semaines de multiples abcès envahirent le sein gauche et nécessitèrent cinq incisions dont on peut constater les cicatrices. La mère a nourri son enfant au sein pendant vingt et un mois (sein exclusif pendant onze mois, puis sein et bouillies pendant dix mois). Elle ne fut pas réglée pendant les dix-huit mois qui suivirent l'accouchement. A la suite de cet allaitement prolongé, les seins demeurèrent énormes mais affaissés, mous.

Cette année (1909) la femme eut ses règles pour la dernière fois à la fin du mois de juin. Deux mois après, en septembre, ses deux seins prirent de nouveau une extension considérable. Un médecin fut cousulté à Argenteuil, qui conseilla l'application de compresses d'eau bouillie chaude sur chaque sein ainsi que l'absorption d'une potion ? Mais depuis quinze jours ce développement anormal des deux seins gêne beaucoup la femme. Elle s'effraie, car elle a de l'oppression dans le décubitus dorsal, elle se sent entraînée en avant quand elle marche et ne peut plus s'habiller seule.

Tels sont au point de vue héréditaire, physiologique et pathologique les renseignements que nous avons pu recueillir.

A l'examen : squelette normal, peau blanche, très peu pigmentée. A la partie externe de la racine de la cuisse gauche, se trouve une tumeur d'aspect grenu, brunâtre, gros comme une noix : *molluscum pendulum*. Le facies est maigre ; les yeux sont saillants. Le membre inférieur gauche présente des varices. On constate aussi un léger œdème bi-malléolaire des deux jambes. Le pouls est hypertendu.

A l'auscultation : cœur normal, râles de bronchite dans les deux poumons, Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Les seins sont volumineux ; cachent la partie inférieure du thorax et la région sus-ombilicale, la femme étant debout. Ils débordent le thorax de chaque côté et cachent la partie interne de la moitié inférieure des bras. Les avant-bras placés à angle droit sur les bras, encadrent exactement les deux masses mammaires ; toutefois la femme ne peut croiser les mains ; elle ne peut que mettre au contact les extrémités de ses doigts. Tendus, lisses et sillonnés par de grosses veines superficielles, turgescentes, ils sont séparés l'un de l'autre par un espace triangulaire profond de 12 centimètres au niveau d'une ligne passant par les deux mamelons. Le sein droit semble plus gros et saille plus fortement en dehors A leur insertion les deux seins sont comme pédiculés ; mais la main exploratrice inférieure est séparée de la main placée en avant par une épaisse couche de tissus. Les deux mains n'arrivent pas au contact l'une de l'autre. Les aréoles sont pigmentées. ressemblent à une grossière peau d'orange.

Une forte odeur de sécrétion sébacée se dégage de toute la région. Sous la clavicule, la peau est comme étirée, tendue

au maximum. La saillie des muscles du cou exagère, en outre, l'impression que l'on a du poids des deux seins à leur simple aspect.

La palpation révèle deux masses de consistance élastique, mais ferme, dans lesquelles ou rencontre des noyaux plus durs, variant de la grosseur d'une noisette à celle d'une noix, non mobiles, non saillants à l'extérieur, qui semblent encastrés dans un tissu plus souple. Pas de ganglions axillaires. Près du mamelon et dans la portion inférieure de chaque sein on peut reproduire le signe de la peau d'orange.

Sensibilité normale.

La femme étant assise, voici quelles sont les mensurations que nous avons obtenues :

Sein droit :

A. — Du milieu de la clavicule au sommet du mamelon o m. 34.

B. — Du sommet du mamelon au milieu du pli sous-mammaire o m. 25.

C. — De l'extrémité interne à l'extrémité externe de la clavicule en passant sous le sein : o m. 84.

D. — La plus grande circonférence o m. 80.

Sein gauche (1) :

A = o m. 32

B = o m. 22

C = o m. 83

D = o m. 73

---

1. Pour éviter les redites, nous désignerons pour ce qui suivra, par les lettres A, B, C, D, les termes des mensurations correspondant à ceux déjà énoncés.

On prit isolément la température de chaque sein ; à gauche : 37°4 ; à droite : 37°1. On photographia la femme assise, de face et de profil (Voir les figures).

M. Pinard ordonna des lavages quotidiens des seins avec une solution tiède à l'aniodol. En outre, il fit relever et maintenir les deux tumeurs mammaires par un bandage en flanelle.

La malade retourna chez elle après cette consultation, puis revint le 8 décembre pour se faire hospitaliser.

Pendant son premier séjour à la clinique Baudelocque, du 8 décembre 1909 au 6 janvier 1910, la femme se repose au lit, suit le régime lacté absolu, prend 0 gr. 50 de lactose et un cachet d'ovarine par jour. Sa température rectale oscille entre 36°8 et 37°6 ; le pouls varie entre 84 et 104 à la minute ; le volume des urines se maintient entre 850 et 1.800 centimètres cubes. Poids de la malade : 73 kilos.

9 décembre. — Le sein gauche semble plus mou, moins tendu. Au-dessus du mamelon, par le palper, on perçoit une dépression ayant les dimensions d'un demi œuf de poule.

11 décembre. — Picottements et démangeaisons au niveau des mamelons. Rougeur congestive de la portion postéro-inférieure des deux seins. Veines turgescentes. La femme s'est levée deux heures dans l'après-midi.

19 décembre. — Le sein droit est très congestionné. Les mamelons des deux seins sont franchement sur la face antérieure, les deux masses mammaires ayant augmenté dans leur portion inférieure :

En effet :

Sein droit :

A = 0 m. 38
B = 0 m. 28

C = o m. 85
D = o m. 74

Sein gauche :

A = o m. 36
B = o m. 24
C = o m. 77
D = o m. 68

29 décembre. — La région présternale, entre les deux seins, est œdématiée. Le doigt y détermine un godet profond qui persiste.

6 janvier 1910. — M. le docteur Cazeaux, chef de laboratoire à Baudelocque, procède au moulage des seins (musée de la clinique Baudelocque). A cette date, la femme retourne chez elle, où elle suit le régime lacto-végétarien.

2 février. — En consultation : le sein gauche est très ramolli et présente des plis cutanés sur la face antéro-externe. Il présente à gauche et au-dessous du mamelon une excoriation rouge à contours nets, non saillants, légèrement suintante, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Le sein droit, très volumineux, présente une voussure accentuée sur la face latérale externe près de l'aisselle droite. Les mamelons ne saillent plus, mais ne sont pas rétractés ; ils occupent la même plan que les aréoles correspondantes.

Sein droit :

A = o m. 38
B = o m. 31
C = o m. 96
D = o m. 76

Sein gauche :

A = o m. 35
B = o m. 27
C = o m. 90
D = o m. 67

Au point de vue de la gestation en évolution :

H U = 28 centimètres.

Tête en bas, dos à gauche ; auscultation fœtale bonne. Il n'y a plus d'œdème des jambes au niveau des malléoles. L'œdème présternal a diminué notablement. Par contre, il y a de l'œdème sus-pubien. Pouls à 92. Poids 73 kgr. 250.

M. Pinard prescrit le régime lacté absolu ; suppression complète des œufs ; absorption de cachets d'ovarine et lavages avec la solution d'aniodol.

A la demande de la malade, nous la visitons chez elle.

15 février. — Rien n'a changé. La gestation évolue normalement.

1er mars :

Sein droit :

A = o m. 39
B = o m. 30
C = o m. 96
D = o m. 72

Sein gauche :

A = o m. 35
B = o m. 27
C = o m. 91
D = o m. 68

Le sein gauche n'est pas tendu. La peau épaisse n'est pas

adhérente au plan sous-jacent. L'ulcération s'est étendue, est comme une pièce de 1 franc environ, ovalaire, d'où s'écoule une sérosité claire peu abondante. Le sein droit présente des placards rouges, violacés, à contours géographiques, ainsi qu'une petite ulcération de la largeur d'un pois, au-dessous du mamelon.

L'utérus, haut de 29 centimètres, est comme aplati sur son fond, qui s'étale vers les deux flancs. Les deux seins et l'utérus gravide forment trois tumeurs qui sont en contact, délimitant entre elles un espace médian triangulaire. On perçoit les mouvements fœtaux. Le moral de la femme est excellent. Toutefois elle éprouve une gêne de plus en plus grande, accompagnée d'une légère dyspnée. Poids 74 kgr. 300.

13 mars. — M. D... rentre à la clinique Baudelocque.

15 mars. — Les seins pèsent très lourdement sur le fond de l'utérus. On les relève avec des bandes. Mais la femme éprouve des difficultés pour respirer et l'on doit enlever le pansement. Il n'y a pas d'écoulement de colostrum au niveau des mamelons.

Urines : 2 litres.

25 mars. — Présence de sucre de lait : 8 grammes par litre dans les urines des vingt-quatre heures. Dans la nuit du 27 au 28 mars une grande quantité de liquide séreux, jaune citrin, s'écoule par l'ulcération du sein gauche. La chemise et le drap du lit étaient à ce point mouillés que la malade, malgré les compresses placées au niveau de l'ulcération, prenait froid et dut être changée de linge.

29 mars. — Dans la journée, nouvel écoulement abondant. En une demi-heure nous avons pu recueillir à l'aide d'une

ventouse, placée au-dessous de l'ulcération, 10 grammes de sérosité.

Sein droit :

A = 0 m. 38
B = 0 m. 32
C = 0 m. 95
D = 0 m. 72

Sein gauche :

A = 0 m. 35
B = 0 m. 27
C = 0 m. 90
D = 0 m. 67

6 avril. — La femme ressent les premières contractions utérines douloureuses à 9 h. 30 du soir. Rupture précoce des membranes à la dilatation comme une pièce de 1 franc. Liquide opalescent. Bruits du cœur fœtal bons. O. I. G. A.

7 avril. — A 1 h. 35 du soir dilatation complète. Rotation effectuée à 2 heures du soir. Expulsion spontanée du fœtus en variété occipito-pubienne à 2 h. 20 du soir. Durée de la période d'expulsion : quarante-cinq minutes. Durée totale du travail : seize heures cinquante. Délivrance naturelle trente minutes après l'accouchement par traction et expression combinées, le placenta se présentant par sa face fœtale. Pouls 84. Température 36°7. Garçon vivant du poids de 3.220 grammes. Placenta du poids de 580 grammes. Membranes paraissant complètes, 25/4. Suites de couches normales, sauf le quatrième jour : Température 38 degrés. Pouls 112.

Au lendemain de l'accouchement, le 8 avril, les deux seins sont tendus au maximum, lisses, turgescents. Les mamelons saillent fortement en avant et en haut.

(Pour les mensurations, voir, le tableau). L'augmentation de volume est notable. M. Pinard ordonne de faire un pansement compressif des deux seins avec des compresses humides chaudes. La montée laiteuse est effectuée le quatrième jour. L'enfant est mis au sein d'une nourrice de l'Assistance.

Du 13 au 16 avril, le température est redescendue à la normale. Les urines atteignent trois litres.

Les seins se sont affaissés, pendent comme deux grosses poches.

On perçoit très bien au travers du tégument, les nodules glandulaires.

L'ulcération du sein gauche a diminué en étendue. Un liséré blanchâtre de tissu cicatriciel jeune l'entoure ; les bords sont sur le même plan que le fonds.

17 avril. — État général bon ; la femme se lève.

21 avril. — La femme prend un bain dans la journée. Le soir elle se plaint de courbature, de douleurs de la région lombaire ; elle éprouve de la gêne respiratoire, et dans la nuit a deux vomissements alimentaires abondants.

Pouls 86. Température 36°8.

22 avril. — Toux, expectoration abondante striée de quelques filets sanguinolents. Gros râles dans tout le poumon droit. Congestion des deux bases pulmonaires.

Pouls 120. Température 39°6, matin 39°7 soir. On applique des ventouses.

	SEIN DROIT						SEIN GAUCHE						
	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F	G
5e mois	0,34	0,25	0,84	0,80	0,59		0,32	0,22	0,83	0,73	0,54		
6e mois	0,38	0,28	0,85	0,74	0,66		0,36	0,24	0,77	0,68	0,60		
	0,39	0,30	0,88	0,76	0,69		0,37	0,25	0,86	0,71	0,62		
8e mois	0,38	0,31	0,96	0,76	0,69	0,13	0,35	0,27	0,90	0,67	0,62	0,15	0,52
9e mois	0,39	0,30	0,96	0,72	0,69		0,35	0,27	0,91	0,68	0,62		
	0,38	0,32	0,95	0,72	0,70		0,35	0,27	0,90	0,67	0,62		
ACCOUCHEMENT													
2e jour	0,46	0,36	1,00	0,80	0,82		0,36	0,34	0,98	0,76	0,70	0.08	0,55
4e jour	0,44	0,35	1,06	0,75	0,79	0,06	0,37	0,31	1,02	0,72	0,68	0,09	0,60
8e jour	0,41	0,31	1,04	0,68	0,72	0,07	0,37	0,29	0,98	0,68	0,66		
11e jour	0,41	0,34	1,08	0,76	0,75		0,31	0,30	0,96	0,64	0,61		

MENSURATIONS

A. — Du milieu de la clavicule au sommet du mamelon.
B. — Du sommet du mamelon au milieu du pli sous-mammaire.
C. — De l'extrémité interne à l'extrémité externe de la clavicule, en passant sous le sein.
D. — La plus grande circonférence.
E. — Somme de A et B.
F. — Hauteur du mamelon au-dessus de l'horizontale passant par le bord supérieur de la symphise pubienne.
G. — Distance entre les deux mamelons.

Les jours suivants; oppression de plus en plus marquée; affaiblissement général; sueurs abondantes.

Le pouls oscille entre 106 et 120 à la minute. La température de 37°2; 37°5 le matin, monte à 39°6; 39 degrés. Grandes oscillations.

26 et 27 avril. — Rémission.

29 avril au 3 mai. — Le pouls atteint 120, 140; la température monte jusqu'à 40°4. Délire. Broncho-pneumonie à terminaison fatale le 4 mai à 2 h. 30 du matin.

La malade, pendant son séjour à la clinique Baudelocque, s'est toujours énergiquement refusée, malgré les conseils de M. Pinard, à ce que l'on pratiqua sur elle l'ablation des ovaires, opération par laquelle on pensait avec juste raison entraver la marche progressive de l'hypertrophie sommaire.

L'autopsie a été pratiquée le 4 mai 1910 par le Dr Ameuille.

Rate: 330 grammes; molle, légèrement diffluente à la surface.

Vésicule biliaire: vide.

Foie: 1.520 grammes, présente quelques marbrures plus rouges et reticulées.

Pancréas: normal d'aspect.

Estomac et duodénum: rien.

Reins: gauche et droit; les deux: 370 grammes, se décortiquent assez facilement. En certains points la substance corticale reste adhérente à la capsule. (Uretère un peu plus large à droite.)

Poumons: gauche; 510 grammes légèrement adhérent à la paroi. Sous la plèvre, on voit par places de petites suffusions

hémorragiques. Il est congestionné, œdémateux un peu dans toute son étendue.

Le lobe supérieur présente un nombre considérable de petits foyers broncho-pneumoniques. On en trouva également dans le lobe inférieur, entourés d'une zone plus congestive et plus dense, hémorragique par place.

Droit : 770 grammes. Un peu plus adhérent dans son lobe supérieur. Un peu de liquide clair et séreux dans la cavité pleurale droite. Le lobe inférieur baigne dans le liquide peu abondant de la base ; il est entouré de quelques fausses membranes jaunes. Le lobe supérieur est hépatisé dans toute son étendue : hépatisation grise avec très léger suintement purulent sur la coupe.

Cœur : L'aorte ne présente aucune altération. Ventricules droit et gauche : rien. Poids 290 grammes.

Cerveau, cervelet, bulbe : rien.

Hypophyse : un peu hypertrophiée.

Mamelle droite. — Enlevée en totalité : 5.190 grammes. Œdème à la partie déclive et sous-cutanée. Dans la région inférieure de la glande, à la superficie, on voit de nombreux nodules blancs, jaunâtres, denses, à contours policycliques ou étoilés qui semblent en rapport avec des acini gorgés de lait. Sur la coupe, il s'écoule un liquide lactescent. Les ganglions axillaires droits sont un peu hypectrophiés.

Mamelle gauche. — 5.170 gr. Idem. (Une tranche est enlevée pour le musée de la Faculté.)

Il est regrettable que les ovaires de cette femme n'aient pas été conservés pour être examinés histologiquement, car ils auraient pu être le point de départ d'une série d'études sur les rapports du corps jaune avec les glandes mammaires

comme nous l'avons indiqué dans notre chapitre d'étiologie et de pathogénie. L'examen anatomo-pathologique de la glande a été exposé précédemment.

III. — Observation d'hypertrophie mammaire chez l'animal (chienne)

OBSERVATION XXXVI

(Petit et Germain, *Recueil de médecine vétérinaire*, publiée à l'École d'Alfort, p. 94, 28 février 1910).

Énorme hypertrophie des mamelles, chez une chienne

L'hypertrophie pour ainsi dire tératologique des mamelles est très rare chez la chienne. Les auteurs en ont observé un cas chez une petite chienne terrier de quatre ans, en état de gestation, et qui fut présentée justement pour cette anomalie à la consultation d'Alfort.

Aucun communicatif concernant cette chienne.

Les mamelles de cette chienne équivalaient presque au volume de son corps. Elles constituaient une masse considérable, dure, tendue, mais parfaitement indolore, ce qui permettait d'écarter immédiatement l'hypothèse d'une mastite. Du reste, la chienne ne paraissait pas en souffrir.

Elle ne put faire ses petits et succomba huit jours plus tard.

L'autopsie permit d'isoler les différentes mamelles, parfaitement délimitées, sans œdème ni infiltration du tissu

conjonctif avoisinant. Leur lobulation avait la netteté qu'on observe dans toute mamelle en activité et leur surface était parcourue par des veines plus volumineuses que d'ordinaire.

Leur compression faisait sourdre par les mamelons quelques gouttes de liquide blanchâtre, poisseux, sans aucun caractère de purulence.

L'utérus renfermait trois fœtus, dont deux normaux, de six semaines environ, le troisième moins développé, seul dans une corne et en pleine décomposition, au milieu d'une sanie putride.

L'étude histologique des mamelles ne montra absolument aucune altération. Leur structure était celle des mamelles normales en lactation. Ni inflammation, ni tumeurs ; il ne s'agissait donc que d'une colossale *hypertrophie*.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de ce qui précède on peut conclure que :

I. — L'hypertrophie mammaire, tant de la puberté que de la gestation, semble avoir pour cause déterminante une intervention du corps jaune.

II. — L'hypertrophie mammaire gravidique ne diffère de l'hypertrophie mammaire de la puberté que par son évolution clinique et son pronostic moins fâcheux.

III. — Au point de vue anatomo-pathologique, dans le cas d'hypertrophie mammaire gravidique que nous avons décrit dans cette thèse à la période des suites de couches, il s'agit d'une hyperplasie numérique et histologique du tissu glandulaire, le tissu conjonctif ne paraissant jouer qu'un rôle tout à fait secondaire.

IV. — L'hypertrophie mammaire n'a pas, sur l'évolution de l'utérus gravide, l'influence désastreuse qu'on lui a attribuée.

V. — L'hypertrophie mammaire de la puberté

n'est pas un empêchement aux gestations futures, mais qu'elle est par contre, dans la plus grande majorité des cas, exacerbée par ces dernières.

VI. — L'allaitement doit être déconseillé, dans les cas où il serait possible.

VII. — L'amputation du sein ou des seins, alors même que la gestation évolue, doit être préférée, comme mode de traitement, dans les cas extrêmes, à l'accouchement prématuré, provoqué artificiellement.

Vu : le Président de thèse,
PINARD

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Albert. — Correspondant médical, 15 janvier 1901, p. 8.

Allix. — Physiologie de la première enfance.

Allot. — Hypertrophie mammaire dans la tuberculose. Thèse de Paris, 1886.

Ancel et Bouin. — Sur la fonction du corps jaune (Comptes rendus. Soc. Biol., t. LXVI, p. 454, 1909).

— Action du corps jaune vrai sur la glande mammaire (Soc. Biol., t. LXVI, p. 605).

— Sur les homologies et la signification des glandes à sécrétion interne de l'ovaire (Soc. Biol., t. LXVII, p. 464 ; t. LXVII, p. 497).

— Sur le déterminisme du développement de la glande mammaire au cours de la gestation (Journ. de Phys. et de Path. générale, n° 1, p. 31, 1911).

— Glande mammaire et corps jaune (Presse médicale, n° 55, p. 577, 1911).

— Sur l'évolution de la glande mammaire pendant la gestation (Comptes rendus, Soc. Biol., t. LXXII, p. 129, 1912).

Anderson. — In quartely Journal of the medical science. London, april 1826, p. 301.

Anthony (F. W.). — Diffuse hypertrophy of the breasts (Boston med. a surg. Journal, 1895, CXXXIII, p. 185.

Apert (E.) et Bucaille. — Hypertrophie mammaire et sécrétion lactée abondante chez une nouveau-née. Analyse du lait (Pédiâtrie pratique. Lille, 1908, VI, 125. — Bull. et Soc. méd. Hôp. Paris, 1908, XXV, 462).

Ashwell (S.). — In Guy's hospital Reports. 1re série, t. VI, p. 202, 1841 (Traduit in Gaz. des Hôp., 1842, n° 30, p. 139).

Banti (G.). — Studio anatomico pathologico della ipertrofia generale delle mamelle (Archiv. di Senole d'anat. patol. Firenze, 1883, II, 1-36, 1 pl).

Bartholini (Th.). — Epist. cent. III histor. 46, t. II, p. 93.

Barton (J.-M.). — Amputation of mammary gland for hypertrophy (Philad. med. Times, 25 juin 1887).

Baumlein. — In commerc. literar. Norimberg, 1748, p. 407.

Beates. — Do mammary adenomata undergo carcinomatons degenaration (Med. and Surg. Reporter. Philad., 1881).

Behrend. — Repertorium V. Jahrg., mai 1834.

Benoit (J.) et Monteils. — Ac. des Sc. de Montpellier (Mémoire de la section de médecine, 1877, t. V, p. 1-16, 1 pl. — Montp. méd., 1877, t. XXXVIII, p. 481, 497, 2 pl.).

Bérard. — Diagnostic différentiel des tumeurs du sein. Thèse de Paris, 1882.

Billroth. — Diffuse hypertrophie der Brüste (Deutsch. Chirurgie, Lief 41, 1880, p. 69).

Bittner (W.). — Fall von hyperplasie beider Mammae bei einem 6 Monate alten Mädchen (Prager med. Wochresch., 1895, XX, p. 492).

Blanc. — Loire médicale, 15 juillet 1892.

Bloogood (J. C.). — Senile parenchymatons hypertrophy of female breast ; its relation to cyst formation and carcinoma (Surg. gyn. et obst. 1906, III, 721).

Boneti (Th.). — Polyalthes, s. thesaurus medico-practic. Genevæ, 1691, t. III, lib. V, cap. XXIX, p. 371.

Borelli (Petr.). — Historiarum et observationum centuriæ IV Parisiis, 1757. Centur. I. Observ. 48, p. 50.

Bouchut. — Traité pratique des maladies des nouveau-nés et de la deuxième enfance. Paris, 1867.

Bouyer (de Saintes). — In bulletin de l'Académie de Médecine, t. XVI, p. 1850-1851, p. 758 et in Archiv. génér. de méd. 4e série, t. XXVI, 1851.

Briot. — Mammite post-puerpérale. Thèse de Paris, 1876.

Broca (P.). — Traité des tumeurs, t. II, p. 460, 1869.

Busch (D.W.H.). — Das Geschlechtsleben der Weibes. Leipsig, 1843, IV, Band, s. 375-377.

Cadiat. — Du Développement des tumeurs cystiques du sein. Paris, 1874.

Carless. — Diffuse hypertrophy of both mammæ (Med. Press, p. 343, 30 septembre 1896).

Carus (C.G.). — Lehrbuch der Gynækologie. Leipsig, 1841, III, Auft; I, Theil, s. 393.

Castiglioni (G.). — Contributo allo studio delle iperplasie e i tumori della mamella maschile. Morgagni (Milano), 1907, XLIX, 485, 572; 1 pl.

Cerutti (L.). — In H. L. Meckel's Archiv. für Anatomie und Physiologie, 1830, Nr II, und III, s. 287.

Chiara. — La ipertrofia mammaria progressiva, observatore Torino, 1880, XVI, 497, 500.

Cooper (Astley). — Œuvres chirurgicales. Traduction de M. Chassaignac et Richelot. Paris, 1838.

Cornil et Ranvier. — Manuel d'Histologie pathologique.

Cumin (J.). — In Edinburgh medical and surgical Journal, april 1827.

Darquier (J.). — A case of hypertrophy of the mammary glands (The Lancet, 1905, L, p. 75).

Delbet (Pierre). — Traité de Chirurgie, t. V, p. 766, 2e édition.

Delfis. — In Journal de physiologie expérimentale et pathologique de Magendie. Paris, 1825, t. V, p. 396.

Demarquay. — In Gaz. méd. de Paris, 1859, p. 818.

Desenne. — Observation de polyadénome mammaire double Hypertrophie générale des mamelles (Progrès médical, juin 1886, p. 492).

Deville. — In Traité des maladies du sein de Velpeau, 1854, p. 231 et 234.

Donati (C.). — Uber einen Fall von Hypertrophie der Weiblichen Brüstdüse (Centralblatt. f. Gynököl, 1900, XXIV, p. 913).

Dubard. — Hypertrophie de la mamelle (Bull. méd. du Nord 1892, p. 550).

Dubois (Fernand). — Contribution à l'étude de l'hypertrophie mammaire générale dans le cours de la grossesse. Thèse de Paris, 1894-1895, nº 366.

Durston. — Philosoph. Transact., nº 32, t. II, p. 1047, 1068, 1669.

Dzondi (C.-H.). — Beitrage zur Vervollkùmmùng der Heilkunde in medicinischer und physischer Huidsicht. Halæ, 1816, t. I, Theil, S. 81, u. f.

Englænder (B.). — Ein Fall von eingeitiger diffuser Brüstdrüsen hypertrophie bei einer Frau (Wien. Klin. Wochenschrift, 1901, t. XIV, p. 65).

Esterle. — In Annali universali di medicina, t. CLXII, 1857, p. 53 et in Gaz. med. de Paris, 1858, p. 678.

Ferrus (d'Alger). — In Gaz. des Hôp., 1846, n° 90.

Fingerhut. — Arch. gén. de méd., 1837, 2e série, t. XIV, p. 446.

Foges. — Diffuse hypertrophie der Mammæ (Gesellsch. d. Aerzte in Wien, 15 février 1901. Wien med. Wochenschrift, 1901, t. LI, col. 385).

Follin et Duplay. — Traité de path. ext , t. V, p. 619.

Fraenkel. — Uber diffuse hypertrophie beider Mammæ bei einer virgo (Deuts. med. Wochenschrift, 1898, t. XXIV, p. 393).

Galien. — De Differentiis morborum.

Gandier et Surmont. — Étude expérimentale et anatomique des inflammations chroniques de la mamelle. Soc. de Biol., 2 février 1895.

Gorham (I.). — Case of extraordinary development of the mammæ in human. adult. (London. med. Gaz.,t. XXVI, p. 659, 1840).

Grasmuck (A.).— Ein werterer Fall von hypertrophie der weiblichen Brüstdrüse (Centralbl. f. Gynækol., 1901, t. XXV, p. 6).

Groëhs (C.-C). — Schmidt's Jahrb., 1863, t. CVIII, p. 44.

Hahn (Lucien) et Wickersheimer (Ernest). — Gazette des hôpitaux, 29 janv. 1859. Observé par Manec ; illustré par Horace Vernet.

Hamilton (J.-B.). — A case of hypertrophy of. mammary glands (Journal americ. med., Assoc., 1895, t. XXIV, p. 358).

Hecker. — In der medic. Zeitung vom Vereine fur Heilkunde in Preussen. Berlin, 1839, n° 19.

Herbet. — Diagnostic différentiel des tumeurs du sein (Gaz. méd. de Picardie. Amiens, 1883).

Herczel (E.). — Fall von mamma hypertrophie (Kozkortazi Orvostarsutot, 10 janvier 1894).

Hey (W.). — Pract. observ. in Surgery. London, 1810, p. 500.

Horn's. — Archiv. für med. Erfahrung, Berlin. 1827, heft 4. S. 694.

Humbert. — Hypertrophie mammaire ou fibroadénome diffus des mamelles (Gaz. hôp., 12 mai 1885).

Hunter-Lane. — In Schmidt's Jahrbucher der in und Aùslandischen gesammten medicin. 1835, S. 171.

Huston. — Amer. journal of med. sc., 1834, t. XIV, p. 374.

Hutchinson (J.). — Pendulous mammæ vic a young woman (Archiv. of surgery, 1896, t. VII, p. 380).

— On hypertrophie and pendulous mammæ in young woman (Archiv. surg., 1897, t. VIII, p. 32-35).

Image (W.-E.) et Hake (T.-G.). — In Medico chirurgical transactions, t. XXX, 1847, p. 105 (avec planche).

Iverg. — In Hufeland's journal der Prakt. Heilkunde. Berlin, 1801 (XIII Bandes Stück, I. S. 28.)

Johnston (G.-B.). — A case of bilateral diffuse virginal hypertrophy of the breasts (Archiv. int. de chirurgie, 1904, t. II, p. 115).

Jordens (F.-J.).—In Hufeland's journal ect. Berlin 1801. XII Bandes Stuck, t. I. S. 28.

Klippel. — Société anatomique, 29 avril 1887.

Kober (L.).— Dissertatio inauguralis medica sistens observatio nem incrementi mammarum rariorem. Lipsiæ, 1825.

Kohlgruber (W.). — (Aus Œpe). Ueber hypertrophie der weiblichen Brustdrüse. Wursburg, 1889. Dissertation inaugurale.

Labarraque (Édouard). — Étude sur l'hypertrophie générale de la glande mammaire chez la femme. Thèse de Paris, 1875.

Labbé. — Double hypertrophie mammaire, (Bull. Acad. de méd. Paris, 1891, 3e série, t. XXVI, p. 154.

Lannelongue. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique (Jaccoud), vol. XXI, art. Mamelles.

Lederer et Pribram. — Journal de Physiologie et de Pathologie générale, 1911, t. XI.

Lentz. — Hypertrophia mammæ (Unterelsæssischer Aerztever zu Strassburg. 29 janvier 1910) (Münchener med. Wochenschrift, 1910, t. LVII, p. 435).

Legroux. — Bull. de la Soc. anat. Rapport. XLIIIe année, 2e série, t. XIII, p. 282, mars 1868.

Mac-Swiney. — In the Dublin quaterly journal of medical science, t. XLVIII, 1869, p. 500 (avec gravure). T. XLIX, 1870, p. 349.

Malgaigne. — In Gaz. des Hôp., 1844, n° 150, p. 599.

Manec. — In Gaz. des Hôp., 1859, n°12, p. 45.

Marjorlin (R.). — Bull. de la Soc. de Chir. de Paris, 2e série, 1878, t. IX, p. 342.

Martin (E.-D.). — Simple hypertrophie of mammery glands (N.-Orl. M. et S. J., 1894-1895, u. s. XXII, 8, 1 pl.).

Masson de Kerloy. — In Revue med· franç. et étrangère. Paris, juin 1831.

Maxwell (J.-L.). — True hypertrophy of breasts (China med. J. Shanghaï, 1907, XXI, 302, 304).

Meissner (Fr. L.). — Die Frauenzimmer Krankheiten nacht den Neusten Ausichten und Erfahrungen. Leipzig, 1845, II, Bands, I abstheilung, s. 164-475.

Monod. — Hypertrophie mammaire. Soc. de Chirurgie, 10 août 1881 (Gaz. des Hôp., 1881, p. 741).

Morestin. — Hypertrophie mammaire. (Soc. anatom. des Hôp., p. 662, juillet 1905).

Moullin (Maurell J.-A). — Case of hypertrophy of the breasts (Transact. of the obst. Soc. of London, 1883, XXV, p. 212).

Nélaton. — Pathol. chirurg., t. V, p. 33, 1857.

Nelson (G. A.). — Mammery hypertrophy and anormal of gland. (Tr. Texas. M. Ass. Austin, 1888-1889.

Nevermann (Fr. Guil.). — De mammarum morbis curandis commentatio medic. chirurg. Rostochii, 1831, s. 20-22.

Nicolas. — Bibliographie anatomiqne, 1910).

Osiander (F.B.). — Denkwurdigkeiten für die Heilkunde und Geburtschulfe. Göttingue, 1794, II, Bands IV, Stück 2, s. 236.

Owen (A. M.). — Hypertrophy of mammary glands. (West. med. Reporter. Chicago, 1884, VI, 134).

Palmuthi (Philip.). — Observationum medicarum centuriætres posthumæ. Brunswig, 1648. Cent. II, observ. 89.

Parona (E.). — Storia clinica ed anatomica d'un caso d'ipertrofia mammaria (Gaz. med. di Torino, 1884, XXXV, 248-258, 2 planches).

Péraire. — Hypertrophie graisseuse de la mamelle prise pour une tumeur maligne (Soc. anat., mai 1907, p. 391).

Petit et Germain. — Énorme hypertrophie des mamelles chez une chienne. (Recueil de méd. vétérinaire publiée à l'École d'Alfort, 28 février 1910, p. 94).

Pétrequin. — Anatom. médico-chirurg., 1857, p. 231.

Pottet (M.). — Contribution à l'étude anatom.-histolog. et physiologique du corps jaune pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1910.

Pousson. — Soc. de Chirurgie, 30 juin 1897.

Puech (Albert). — Les Mamelles et leurs anomalies étudiées au

point de vue de l'anatomie, de l'embryogénie, de la physiologie. F. Savy, 1876.

Renoud. — Archiv. générales de méd., 1839, t. IV, p. 377.

Richter. — Centralblatt für Chir., 1888, n° 5, p. 94.

Ripault. — In Bull. de la Soc. anat., XXII[e] année, 1847, p. 90.

Rodhe (E.). — Fall. of ensidig mamma hypertrofi (Hygica, Stockolm, 1904, t. IV, p. 1244).

Romec (E.). — De l'hypertrophie générale de la glande mammaire chez la femme dans le cours de la grossesse. Thèse de Paris, 1881.

Romelius (Petr.). — In Miscellaneis curiosis, dec. III, ann. IV. Lips et Francof., 1679. Obs. XVII, p. 37.

Rosinsky. — Cité par Symens.

Rottmann. — Fall von Mammahypertrophie (Budapesti. Kir. Orvosegyesülit, 26 août 1895. Centralbl. f. Gynœkol., 1896, XX, p. 704.)

Rousseau. — In Revue médico-chirurgicale, 4[e] année, t. IV, 1856, p. 596.

Routier. — Hypertrophie mammaire unilatérale et grossesse (Discussion consécutive) (Comptes rendus de la Société O. G. P., année 1903, p. 189 et 190. Annales de Gynec. et d'Obst., janvier 1904, p. 39.

Ryan (E.). — Mammary hypertrophy (Canada Lancet. Toronto, 1904-1905, t. XXXVIII, 1067).

Sacaza (R.). — Des tumeurs du sein au point de vue du diagnostic différentiel et du traitement. Thèse de Paris, 1867.

Schaal. — In Rust's Magazin für die Gesammte Heilkunde. Berlin, 1825, t. XIX. Band. Heft 2. S. 360.

Schenkii (Johan.). — Observationes medicæ. Francof ad Oder. 1609, lib. II, De mamillis, p. 331.

Schil (L.). — Recherches sur la glande mammaire. Thèse de Nancy, 1912.

Schmalz (K.-S.). — Seltem medicinische und chirurgische Vœrfalle. Leipzig, 1784.

Schurig. — Parthenologia. Dresde, 1729, p. 183.

Schussler (F.) et Lihotzky. — Mercredi médical, 1891, p. 259.

— Ueber hypertr. der Weiblichen Brüstdrüse (Archiv. f. Klin. chir., 1892, t. XLIII, p. 403).

Sennerti (J.). — Practic. medicinæ, 3[e] édit., 1660, lib. V, pars III, sect. I, cap. I.

Sheen (A.). — Hypertrophy of left breasts (Brit. med. Journal, 1895, t. II, p. 11).

Skuhersky (F.-A.). — Enorme hypertrophie beider Brüste in Weitenweber's (Neuen Beitragen zur medicin und chirurgie. Prague, 1841, janvier et février. S. 42-64).

Speth. — Ueber allgemeine hypertrophie der Brüstdrüse beim Weibe (Aerztl. Int. Bl. München, 1885, t. XXXII, p. 479, 501, 559).

Swieten (Ger. van). — Commentaria in H. Boerhaave Aphorismos de cognoscendis et curandis morbis. Lugd. Batav., 1764, t. IV. De Morbis virginum, p. 394.

Symens (P.). — Ueber einen Fall von diffuser beiderseitiger Mamma hypertrophie. Inaug. dissertation. Gottingue, 1901.

Tarnier et Budin. — Traité de l'art des accouchements, t. XI, p. 185.

Tatchell (W.-A.). — Hypertrophy of the Mamma, male and female (New-York med. Journal, 19 février 1910, p. 388).

Trostorff. — Experimentale und histologische Untersùchung über die Kompensatorische Hypertrophie der Mammæ. Dissertation. Bonn, 1888, in-8°.

Varandaei (J.). — Opera omnia. Lugduni, 1658. Lib. III, cap. III. De mammis mulierum.

Velpeau. — Traité des maladies du sein. Paris, 1854, p. 231.

Vidal de Cassis. — Pathol. chirurg., t. IV, p. 810, 4e édit. 1861.

Virchow (R.). — Pathologie des tumeurs. Traduction de Aronssohn, t. I, p. 325, 1867.

Wallich et Levaditi. — Annales de l'Institut Pasteur (Congrès de Rouen, 1905-1906).

Wanieczeh (Johan). — Dissert. inaug, medic. sistens. observationem hypertrophiæ mammarum adnexa epicrisi. Pragae, 1835.

Ward (W.). — A case of diffuse bilateral hypertrophy of the female breasts (Proceedings, New-York path. Soc., 1907-1908, t. VII, p. 156).

Wecks (A.-P.). — Apparent mammary discase depending on an unsuspected affection of the uterus (Ann. J. Obst. N.-Y, 1880, t. XIII, p. 187).

Weitenweber. — Uber die hypertrophie der Bruste, in Viertet-

jahrschrift fur die praktische Heilkunde. Prag., 1847. XIII. Band. origin. aufs. S. 80.

Welser. — Augsbürger Chronik. vom J., 1591, VII, Baud. S. 104.

Wesselhoëft (C.). — Ein Fall von Hypertrophie der weiblichen. Brùst. (Archiv. f. Homœop. Dresde, 1897, t. VI, p. 132, 139).

Wisshaupt (F.). — Ein Fall von hypertrophie der Brüstdrüse in der Graviditädt (Prager med. Wochens, 1908, t. XXXIII, p. 359).

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 1602-12